Алена Церашкова

Паламаныя сані, крывыя шуфлядкі, пустыя місачкі ды іншыя жахалкі сківічна-тваравага хірурга

Мінск

«TRILLER-PLACATE»

2022

Зборнік медычных артыкулаў, прысвечаных самым актуальным праблемам з практыкі сківічна-тваравага хірурга, адрасаваны пацыентам, якія не маюць медычнай адукацыі, але маюць жвавы розум і цікаўнасць да свайго арганізма.

Я працую ў сківічна-тваравай хірургіі больш за 20 год, і за гэты час у маёй прафесіі сёе-тое змянілася ў лепшы бок. Але праблемы пацыентаў засталіся тымі самымі. Неабазнанасць у важных сімптомах, недавер да спецыяліста, страх перад лекарам, празмерныя спадзяванні на моц арганізма і так званую "народную медыцыну" прыводзілі і прыводзяць людзей да цяжкога стану, працяглай хваробы, непрыемных наступстваў.

Веды з гэтай кніжкі не заменяць візіт да стаматолага ці хірурга. Але тут багата падказак, якія дапамогуць зразумець, што з вамі адбываецца, даведацца, што вас чакае падчас візіта да лекара, засцерагчыся ад тыповых памылак да і пасля аперацыі, зменшыць рызыкі і пазбегнуць многіх праблемаў.

Наўрад ці наклад гэтай кнігі будзе заўважаны чалавецтвам, але вы можаце смела дзяліцца ею са сваімі сябрамі ды знаёмымі, маладымі лекарамі і сталымі спецыялістамі – на добрае здароўе і дзеля развіцця айчыннай медыцыны.

Алена Церашкова, сківічны-тваравы хірург

Прысвячаецца маім Настаўнікам у жыцці, у медыцыне, у хірургіі. Маім сябрам і калегам, што адгукаюцца на просьбы і падтрымліваюць мяне. І пацыентам, асабліва тым, што даймаюць лекараў пытаннямі, шукаюць хаўрусу ў змаганні з хваробай, а не "чароўных пігулак".

Прысвячаецца руплiўцам беларушчыны, што сеялі і сеялі задоўга да нас, ведаючы, што далёка не ўсё насенне ўзыдзе, не кожны колас наліецца, не кожны ўраджай стане новым насеннем. Але ж во, нешта прабіваецца…

Змест

Мова дантыста, ці Адкуль у мяне сорак восьмы зуб?...3

Як выдаліць зуб і застацца ў жывых……5

Кідаць на паўдарогі ці біцца да апошняга: няскончанае выдаленне зубоў……14

Выратаванне шарагоўцы Раяна: калі змаганне за зуб мае сэнс і перспектыву……19

Не чхаць, не смаркацца, на самалёце не лятаць……24

Гора ад мудрасці……30

Удар у твар……41

Ліхтар пад вокам: тушыць ці пакінуць?......36

Эпілепсія вачыма сківічна-тваравага хірурга……39

«Санкі» з’ехалі, альбо «шуфлядку» перакленіла……44

Чаму вушы трашчаць: шукаем прычыны дысфункцыі сківічных суставаў……48

СКБ: некаштоўныя камяні……54

To be or not to be: паласкаць рот ці не?......59

Не кладзіся на бачок, альбо як прачнуцца з праблемай на сваёй галаве……61

Каб табе скулле заваліла!......65

Балюча глытаць: не заўсёды ангіна……70

101 народны рэцэпт, альбо як гарантавана правесці тыдзень у лякарні……75

Ды ўсё з вамі нармальна!......80

Нешта светленькае чарнеецца, нешта цёмненькае бялеецца. Чытаем ортапантомаграму (оптг)……83

Мова дантыста, ці Адкуль у мяне сорак восьмы зуб?

Дамаўляцца пра дэфініцыі, як па мне, гэта прыкмета добрага тону ды інтэлектуальнага развіцця. Таму колькі слоў пра вядомае дантыстам, але невідавочнае пацыентам, і наадварот.

1. У дзяцей ранняга веку 20 зубоў. Столькі ў норме закладаецца запачаткаў першай – "малочнай" – змены. Зародкаў другой змены зубоў 28-32, столькі ж іх у роце здаровага дарослага. Апошнія чатыры –неабавязковыя "зубы мудрасці". Нумарацыя зубоў у свеце прынятая двузначная, першая лічба абазначае нумар сегмента і змену зубоў, другая – пазіцыю зуба лічачы ад цэнтра (максімальная норма 1-8). Сегментаў чатыры, кожны ўключае палову аднаго з зубных шэрагаў: 1 і 5 – верх-права, 2 і 6 – верх-лева, 3 і 7 – ніз-лева, 4 і 8 – ніз-права. 1-4 датычныя пастаянных зубоў, 5-8 – малочных, і не пытайцеся, чаму не наадварот. Падазраю, што проста пра малочныя зубы спахапіліся пазней і не сталі перапісваць пачатак дысертацыі, а цяпер ужо ёсць што ёсць)).

Такім чынам, зуб 4.8 (міжсобку мы, дантысты, часта такі завем іх "сорак восем") – гэта правы ніжні мудры зуб, а 1.8 – ягоны мудры сусед зверху.

2. Проціглазны зуб" (дыялектнае ад рас. "глазной", ад наймення воргана зроку) – яшчэ адна страшка. У школе юных дантыстаў нам пра іх не казалі, але з практыкі – найстрашнейшы пасля "мудрага", а магчыма, гэта ён і ёсць. Зуб, пасля выдалення якога абавязкова ўсё пойдзе не так, але не з прычыны крываруказа лекара ці нядбайнага пацыента, а па непераадольных кармічных абставінах.

Падазраю, што ідзецца пра іклы (трэція зубы). Чаму так лічу? Па-першае, яны па вертыкалі амаль пад вокам (зрэнка крыху далей, недзе над пятым, але ж хто на сабе разбярэ).

Па-другое, яны моцныя і маюць доўгія карані, што часта робіць іх апошнімі жыхарамі амаль бяззубага рота і галоўнай надзеяй пратэзіста. Затое калі разбаляцца – вока яшчэ як прыпухне, дый пры хірургічных маніпуляцыях пацыенту падаецца, што дантыст яму зараз вока дастане!

Па-трэцяе, іклы мяняюцца апошнімі – і, вядомая справа, часцяком псуюць агульны выгляд, праразаючыся па-за шэрагам, а такому дай рады!

У кожным разе, калі сказаць пацыенту, што “ну гэта ж быў проціглазны зуб!!!” – ніхто болей не спытае, чаму трэці тыдзень не зажывае. Н – непазбежнасць.

2. Каронка і корань – анатамічныя часткі зуба. Каронка зуба – тое, што мы бачым у здаровым роце. Блытаніна ўзнікае з зубапратэзным паняццем “каронка” – штучная канструкцыя (металічны, пластмасавы ці керамічны пратэз, які як шапку на галаву насоўваюць на апіленую каранковую частку зуба – ці яе імітацыю. Таму, калі чуеце, што нешта не так з вашымі каронкамі – не пужайцеся, а перапытайце, пра што ідзецца.

3. Замарозка” не выклікае “анемію”. Анемія = малакроўе, а пры абязбольванні ці пры траўме нейкая частка цела дранцвее (рас. “немеет”, “онемение”), губляе адчувальнасць. Занямела – не адгукаецца (на дотыкі).

4. Наркоз – сон пад уздзеяннем наркатычных рэчываў, якія выключаюць прытомнасць. Бывае кароткі ці доўгі, унутрывенны (пацыент дыхае сам) ці інтубацыйны (за пацента дыхае апарат). Наркоз – не замарозка, замарозка – не наркоз. “Усыпіце мяне!” – патрабуюць часам пацыенты. Усыпляюць ветэрынары шалёных коцікаў. Эўтаназія ў Беларусі, калі не памыляюся, не ўзаконеная. Хаця спосаб радыкальны, дапамагае ад галаўнога болю ды іншых праблем не горай за сякеру.

Паразумеліся? Тады запрашаю вас у сківічна-тваравую хірургію!

Як выдаліць зуб
і застацца ў жывых

Абмежаванні: размова пойдзе толькі пра выпадкі, калі існуюць бясспрэчныя паказанні да выдалення зуба, а жорсткіх супрацьпаказанняў не існуе.

Выдаліў цешчы зуб, а яна праз тыдзень памерла. З іншай прычыны памерла, але радзіна доўга пазірала скоса.

Цяжка адназначна вызначыць, падоўжыла выдаленне зуба цешчы жыццё ці скараціла, але штогод на Беларусі некалькі пацыентаў выбіраюцца да Адама на піва з «зубных» і «калязубных» прычын.

Гэты артыкул для тых, хто хоча выдаліць зуб, але застацца ў жывых.

1. Як выбраць час, калі выдаляць зуб.

Ідэальны момант для выдалення зуба выглядае так: вы адпачылі, добра пачуваецеся, старыя раны і хваробы маўчаць, вы нікуды не спяшаецеся, цягам наступнага тыдня вас не чакае фотасесія, вяселле, лазня, даклад на асамблеі ААН, узыходжанне на Эверэст, пагружэнне ў Марыянскую ўпадзіну і неўзараны дачны ўчастак. А на руках у вас рэнтгенаўскі здымак вашага «героя» ў поўны рост разам з суседзямі па зубным шэрагу.

Па гараскопах і месяцавых каляндарах не кансультую, але… Хлопцы, заплюшчыцеся на секунду. Дамы, ідэальны момант – калі «месячныя» нядаўна скончыліся ці бліжэйшым тыднем не пачнуцца. Хлопцы, можна расплюшчыцца.

Памылкі на перадаперацыйным этапе:

А) вось забаліць, тады…

Боль сведчыць пра абвастрэнне: інфекцыя сабрала вялікае войска, дачакалася, пакуль аслаблі абарончыя сілы цела, і атакуе. Вы з лейкацытамі ў меншасці. Боль у зубе, якому прысуд вынесены даўно – гэта ўжо ўскладненне, вы рызыкуеце захварэць усур'ёз і надоўга.

Бонусам: боль = кепскія ўмовы для анестэзіі.

Б) вось перастане балець, тады…

З 40 коек гнойнай сківічна-тваравай хірургіі 11й ГКБ сама мала 20 круглы год запоўненыя тымі, у каго само не прайшло. На памяць пра марныя надзеі застаюцца бяззубыя раты і шабельныя шнары на твары. За год 1-2 чалавекі выпісваюцца праз морг.

Адзначым: калі зубны боль дапоўнілі ацёк (асабліва, калі ацеклыя ўчасткі цвёрдыя, чырвоныя і баляць), тэмпература, моцны боль пры глытанні, пры спробе разявіцца, калі кепска рухаецца альбо не змяшчаецца ў рот язык, з'яўляюцца цяжкасці з дыханнем – вашае жыццё пад пагрозай.

Што кепска: у асобных выпадках чалавек можа згубіць крытыку свайго стану; атручэнне арганізма гноем выклікае суб’ектыўна ілюзію паляпшэння. Гэта – інтаксікацыйны дэлірый, трызненне, і, калі вы бачыце такога чалавека, ведайце: лік ягонага жыцця ідзе на гадзіны.

В) падумаеш, інфаркт…

Калі вы маеце праблемы са здароўем, а менавіта: нядаўна перанеслі інфаркт ці інсульт, хіміятэрапію ці апраменьванне, маеце дыябет ці эпілепсію, цыроз печані, лейкоз ці гемафілію, арытмію, анэўрызму, цяжарнасць любога тэрміну, і не папярэдзілі свайго лекара, вы

А) клінічны ідыёт, альбо

Б) камікадзэ (вы імкнецеся памерці самі і паламаць кар’еру лекару).

Падкрэслю: мае значэнне, на што вы хварэеце і якімі лекамі ратуецеся. Да прыкладу, рэдкі дзень у нашай лякарні абыходзіцца без таго, каб сціплыя сардэчнікі, якім прызначаны варфарын, не прыязджалі з бледным выглядам і поўным ротам крыві. А трэба было папярэдзіць хірурга, здаць аналіз на хуткасць згусання крыві, пры патрэбе – пад наглядам кардыёлага перапыніцца з прыёмам варфарына, знізіць дозу ці замяніць. Складана? Да кардыёлага не трапіць? Аналагі варфарына не па кішэні? Накіруюць выдаляць у лякарню? Ну, добра, ваш выбар – сысці крывёй. А «хуткую» навошта выклікалі?

Г) не буду есці, каб… (не званітаваць, мець чыстыя зубы, не патыхала з рота…)

Голад + смага + страх + лекі + страта крыві … = агульная слабасць. Можна страціць каардынацыю ці нават знепрытомнець.

Знепрытомнець = упасці = атрымаць траўму: разбіць твар ці галаву, зламаць сківіцу ці іншую костку, пашкодзіцца аб шкло, пліту,

станок – падзенне небяспечнае і ў лекавай установе, і на вуліцы, і ў транспарце, і дома, і на працы. Страта прытомнасці можа суправаджацца сутаргамі. Памножце рызыку.

Рэальнасць беларуса выглядае так: прамучыцца з хворым зубам некалькі дзён без нармальнай ежы ды сну, на жменях абязбольваючых, прыйсці а пятай раніцы па талон на другую змену, адмучыцца паўдня на працы, збегчы ў паліклініку, адседзець чаргу да кабінета, атрымаць накіраванне на рэнтген, адседзець чаргу, дачакацца здымка, адседзець чаргу, вытрываць аперацыю і пачуць… Правільна: 2 гадзіны не есці! (Насамрэч – болей, чаму – будзе ніжэй.)

– А чаму гэта мне зблажэла? – задаецца пытаннем згаданы рэальны беларус (добра, калі млоснасць напаткала яго ў стаматалагічным крэсле. Гэта даволі ўтульнае ды бяспечнае месца ў плане аказання тэрміновай дапамогі). Чаму? Ну, не ведаю. Відаць, здароўе ў пана конскае, сёй-той на вашым месцы яшчэ ўчора ціхенька выпруціўся б.

Даражэнькія, тое, што вам не есца, не значыць, што можна не есці перад прыёмам у дантыста (адзінае выключэнне – перад агульным наркозам. Пасля якога вас ніхто нагамі нікуды не вядзе, а вязуць на каталцы – з чаго б гэта, га?)

Нават калі на зуб не накусіць ад болю, выйсцяў процьма: усе віды дзіцячага харчавання, канцэнтраваныя булёны ці разведзеныя пюрэ, каларыйныя напоі – смакчыце праз саломінку. Марозіва з’ешце: холад дапаможа часова зменшыць ацёк, цукар ды тлушч падтрымаюць сілы, эндарфіны падымуць настрой.

2. Дзе выдаляць зуб (калі вы добра пачуваецеся).

Там, дзе вы давяраеце лекару. Добры лекар – не той, хто робіць, як падабаецца вам, а той, хто даступна тлумачыць, што для вас лепей.

Выбар лекавай установы і спецыяліста за вамі. Плюс, які цяжка пераацаніць – магчымасць на месцы зрабіць рэнтген.

Варта ўлічваць: аперацыя выдалення зуба можа запатрабаваць шчыльнага назірання ў пасляаперацыйным перыядзе (удакладніце, за чый кошт будуць перавязкі).

Спытайце, ці выдадуць вам лісток непрацаздольнасці (калі для вас тое актуальна).

3. «Усыпіце мяне!»

Наркоз – гэта падарожжа на той свет без гарантыі павяртання.

Паказанні для наркоза:

дзеці да 5 год,

людзі з асаблівасцямі псіхічнага развіцця і псіхічнымі разладамі,

алергікі, якім нельга падабраць прэпарат для мясцовай анестэзіі нават пад прыкрыццём гармонаў.

Ну і выпадкі, калі аперацыйнае поле вялікае, і неабходная колькасць ушпіленых лекаў можа быць таксічнай (неабходна некалькі разрэзаў з глыбокім пранікненнем).

Шаноўныя напалоханыя стаматолагамі
(і іншыя "псіхі без даведкі")!

Ваш выбар анестэзіі мусіць супасці з выбарам спецыяліста – анестэзіёлага, які адказвае за вашае жыццё. Дантысту, па вялікім рахунку, пляваць, спіцё вы ці дрэмеце. Наркозам ведаюць анестэзіёлагі, але яны могуць толькі перавезці вас на той бок Леты. Павяртацца будзеце з боскае ласкі (назавіце гэта тэорыяй верагоднасці, таксама ок).

Як казаў Д'Артаньян, не турбуйцеся, спадарове, назад мы павернемся не ўсе.

Ну, вось вы і ў крэсле. Выдаленню зуба папярэднічае анестэзія. І так павінна быць у кожным разе. Калі ад пацыента патрабуецца гераізм, значыць, у доктара адсутнічае прафесіяналізм.

4. Падвойная доза замарозкі.

Да ведама: замарозка «не бярэ» пацыента з розных прычын. Галоўная з іх – адсутнасць даверу да канкрэтнага лекара (прычына недаверу значэння не мае).

Другая – лекар рэдка практыкуецца ў тэхніцы анестэзіі, таму коле не туды. Сучасныя лекі і шпрыцы дазваляюць рабіць анестэзію каля зуба, пры гэтым рызыка ўскладненняў мінімальная, дый прэпарата трэба менш. Але прыйдзе той пацыент, якому трэба больш глыбокая анестэзія, а яе апошні раз лекар рабіў у студэнцтве… і не сам, а толькі бачыў.

Трэцяя прычына – казуістычная: гэтаму пану гэны лек што вада (насамрэч нават у наркаманаў анестэзія наступае, хоць успрымаецца не так выразна), альбо перад намі чалавек-амфібія, і нервовыя ствалы ў яго ідуць нейкім фантастычным чынам. Іншых прычын, на маю прафесійную думку, няма. Ёсць адно «але»: усё ж анатомія розніцца, і нават дасведчаны лекар можа з першага разу выключыць толькі частку нервовых ствалоў. Але прафесіянал адчувае, як укалоць другі раз, каб не спатрэбіўся трэці – восьмы і г.д.

Некалькі момантаў, якія варта разумець, каб не хвалявацца дарма, калі лекар вам нічога не хоча\не ўмее патлумачыць.

Анестэзія зубоў наступае не адразу, не імгненна (можа і 15 хвілін наступаць). Чым таўсцейшы нервовы ствол, тым даўжэй. Зверху хутчэй, чым знізу. Спераду – хутчэй, чым ззаду (анатамічныя нюансы). Калі мозг прызвычаіцца, можа з’явіцца адчуванне, што анестэзія заканчвае дзейнічаць. Насамрэч, сучасныя прэпараты «выключаюць» нервы на некалькі гадзін.

Анестэзія выключае не ўсю адчувальнасць, а боль. Як правіла, вы адчуваеце дотык, ціск. Не прымайце гэта за боль: вы прысутнічаеце на аперацыі, мозг, які атрымлівае скажоную інфармацыю, злёгку панікуе і спрабуе вытлумачыць карціну на свой лад.

Нехта можа літаральна не адчуваць, ці ёсць у яго губа, але дакрануўшыся языком, спалохацца: я ўсё адчуваю! Гэта натуральна: язык жа не «адмарожаны».

Існуюць канкрэтныя крытэры наступлення канкрэтнай анестэзіі, яны залежаць ад таго, які нерв выключаецца.

Калі вам абязболілі верхні зуб, не чакайце, што занямее язык, як у суседа, якому абязболілі ніжні зуб. Увогуле, не прымярайце на сябе суседскую скуру.

Што, у вас усё ж і язык адубеў? Не, вы не марсіянін: канюля на шпрыц была насунутая няшчыльна, вам капнуў на язык прэпарат.

Пры абязбольванні ніжніх задніх і бакавых зубоў у вас можа з’явіцца здранцвенне, адчуванне «мурашак» і г.д. на баку анестэзіі: у палове ніжняй губы, вобласці кута рота, шчацэ, зубах і дзяснах, кончыку ці краёчку языка. Гэта класіка.

Бонусам у асобных шчаслівчыкаў ідзе: здранцвенне вушной ракавіны, сценкі глоткі, вока – аж да немагчымасці заплюшчыцца.

Гэта варыянты нормы, усё мінецца разам з анестэзіяй. Здараецца падобнае і пры абязбольванні верхніх зубоў мудрасці.

Фразу «дзве гадзіны не есці», да сэнсу якой я буду вяртацца ніжэй, трэба ўспрымаць так: «дзве гадзіны не есці, і нават долей, пакуль не адновіцца адчувальнасць у роце». Іначай вы рызыкуеце сябе моцна ўкусіць, бываюць глыбокія раны.

У рэдкіх выпадках боль падчас аперацыі ўсё ж адчуваецца, як правіла, калі зуб балеў працяглы час. Гэта хімія: кіслы асародак запалення не спрыяе працы анестэтыка. Скажыце лекару, у які момант вам баліць. Калі можна нешта з гэтым зрабіць, ён зробіць.

У тых, хто панікуе, анестэзія як след возьмецца на аўтобусным прыпынку па дарозе дамоў. Яно вам трэба? Значыць, не панікуйце.

5. Колькі мусіць доўжыцца выдаленне зуба.

Ад 5 секунд да 2 гадзін і долей. Дасведчаны хірург мае прадчуванне, але заўсёды агаворыцца: калі пойдзе так, як выглядае. Гарантаваць можна адно: ніводзін лекар не стане доўжыць маніпуляцыю звыш патрэбы, нат калі прыплоціце.

Кантрольныя рэнтгенаграмы падчас аперацыі – не марная доза радыяцыі, а спосаб пазбегнуць цяжкіх ускладненняў і паскорыць працэс.

6. «Яна такая маленькая, у яе проста не хопіць сілы!»

Панове, з таго моманту, як з’явіліся хірургічныя стаматалагічныя прылады, хірургу-стаматолагу з усіх сіл патрэбныя толькі сіла цяжару ды сіла волі, астатняе вырашае тэхніка і кантакт з пацыентам.

Веданне анатоміі + адчуванне фізікі працэсу + кантакт з пацыентам = выдаленне зуба.

Калі адзін са складнікаў замяніць на фізічную сілу, сума зменіцца ці на «траўматычнае выдаленне зуба з кепскімі наступствамі» альбо на «выдаленне зуба іншым хірургам», як пашанцуе.

На волю з чыстым сумленнем? Дапусцім, вы ўсё яшчэ жывыя. Не расслабляйцеся: цешча цэлы тыдзень думала, што жывая. Пасляаперацыйныя ўскладненні стаіліся ў кустах. У параўнальна здаровых людзей іх два:

А) інфекцыя на маршы.

Б) кровацячэнне.

Не, пані, вам не «занеслі інфекцыю». Вы з гэтай інфекцыяй жывяце з той секунды, як вашая мама ўпершыню аблізала вашую «пустышку». Проста маніфестуе інфекцыя не круглыя суткі, а пры зручным выпадку. Выдалены зуб нічога не гарантуе. Пакінуты хворы зуб гарантуе пагаршэнне. Такі расклад.

Самае бяскрыўднае ўскладненне – пустая лунка (зубная місачка).

Ідэальны варыянт – місачка пасля выдалення запоўнілася крывёй, кроў сгусцілася ў жоўценькі фібрын – найлепшая біялагічная павязка, пад якой усё зажывае бы на сабаку.

Парады дзве гадзіны не есці, рот не паласкаць, зубы не чысціць, не перанапружвацца, у лазню не хадзіць, цяжкое не падымаць і г.д. скіраваныя на захаванне фібрынавай плёнкі і папярэджанне кровацячэння.

Дзеля пункта А існуюць антыбіётыкі ды антысэптыкі, тут проста слухайце лекара.

Разбярэм пункт Б.

Прычыны кровацячэння з місачкі выдаленага зуба – гэта:

– падвышэнне артэрыяльнага ціску (АЦ)

– парушэнне сістэмы згусання крыві, глабальнае (хваробы ці лекі – ХЛ),

а таксама лакальнае (механічнае пашкаджэнне сгустка – МП)

– пашырэнне сасудаў (ПС).

Зірніце:

Фізічная нагрузка = АЦ.

Гарачы душ, лазня = ПС.

Стрэс = АЦ.

Паласканне, чыстка зубоў = МП.

Залезлі ў лунку языком ці пальцам = МП.

Выпілі аспірын ці цытрамон – ХЛ.

Прынялі алкаголь = ПС.

Гарачая ежа ці піва = ПС.

Пад’елі, не счакаўшы дзве гадзіны = МП.

І г.д.

Перачытайце абзац пра ідэальны момант для выдалення зуба. Усё вельмі проста, праўда? Не хварэйце!

Кідаць на паўдарогі ці біцца да апошняга: няскончанае выдаленне зубоў.

Пацыент садзіцца ў крэсла, і ўсё ідзе няблага: наступае анестэзія, лекар упэўнена бярэцца за зуб, рашуча хістае яго направа-налева… чуецца лёгкі трэск… і мімікай, ці голасам, ці гатовай матэрыялізавацца думкай нараджаецца і праносіцца па кабінеце паведамленне Сусвету: «Ат, ну так і ведаў, што заламаю…». Адламалася вярхушка кораня.

Цяпер, як кажуць, сюжэтная лінія падзяляецца…

Апантаны хірургіяй **малады спецыяліст** з энтузіязмам кідаецца ў бой, распакоўваючы элеватар за элеватарам. Па ўсёй паліклініцы чутны звон сталі, удары малатка і выццё бормашыны. Чарга ў калідоры радзее, самыя спакутаваныя, якім няма як трываць, збіваюцца ў цесную купку і шэпчуцца. Ахвяра складанага выдалення праз гадзіну выпаўзае з кабінета і няпэўнай хадой чыкіляе да ліфта, пакідаючы за сабой буйныя барвовыя кроплі – след, па якім місіс Холмс у сінім халаце будзе злобна пераследваць небараку і слаць у спіну праклёны і яму, і нядбайлу-лекару, і галоўнаму ўрачу, што ўзяў таго нядбайлу на працу.

Але справа так ці іначай зробленая, і, калі здароўе пацыента да наведвання лекара было нішто сабе, то ён перажыве выпрабаванне годна, і толькі падчас наступнага візіту да хірурга перажагнаецца перад пасадкай у крэсла, уручаючы лёс апякуну ўсіх хірургаў Свяціцелю Луку.

Хірург са стажам, пачуўшы знаёмы трэск, уважліва агледзіць выдаленую частку, дзеля парадку папоркаецца ў роце, выпрабаваўшы пару-тройку інструмантаў, і, калі цуд не адбыўся, павернецца да медсястры:

– Што там, у калідоры? Багата? Пішы накіраванне на здымак.

Атрымаўшы фота, майстар цокне языком тым гучней, чым бліжэй канец змены:

– Сядзяць вярхушкі, каб на іх. Я вас накірую ў лякарню, яны там вам усё хуценька дастануць!

Тут сюжэт таксама мае развілку: калі па лякарні дзяжурыць апантаны хірургіяй малады спецыяліст, то глядзі папярэднюю версію. А калі хірург са стажам і без дурнога энтузіязма, то пацыент будзе шчыра здзіўлены: аказваецца, зуб ягоны трэба выпільваць ва ўмовах стацыянара, браць цярпліўца ў аперацыйную. І не сёння, а заўтра. Калі, вядома, да заўтра зробяць КТ. А яго не зробяць, бо сёння ўчорашнім яшчэ не зрабілі…

Што, сёння? Тэр-мі-но-о-ва? Не, бо тут і зараз займацца тым, што… (чытайце першы варыянт сюжэта), дзяжурны лекар не мае а) часу, б) інструментаў, в) ...

Можна заўтра прыйсці? Можна. Але заўтра пятніца. Значыць, КТ будзе ў панядзелак. Аперацыя ў аўторак.

Можна ў панядзелак прыйсці? Можна. Тады КТ у аўторак. Калі на выходных такіх бедакоў не паступіць яшчэ.

Можна самому зрабіць КТ недзе ў горадзе? Можна. Але аперацыя ўсё адно назаўтра пасля шпіталізацыі.

Дамоў? Праз тыдзень. Ну вас жа чамусьці ў паліклініцы не вылечылі. Дык сёння не жадаеце? Пішыце паперу, што адмаўляецеся. Ці за ноч вам не стане горш? Не, ну я ж не Госпад, адкуль я ведаю, стане горш ці не. Стане горш – пакладзем у гнойнае аддзяленне, яны там таксама ўсё ўмеюць.

Самае цікавае, што гэта – не лянота, не адсутнасць эмпатыі. Гэта змяншэнне патэнцыйнай траўмы і рызыкі ўскладненняў. Я нездарма апісваю стан хворага пасля складанага выдалення. Таму адна справа – гэта калі выдаленне ўпарта працягвае той, хто пачаў. Лічыш, што можаш – робіш. Лічыш, што не можаш – просіш дапамогі. Лекар, які даробляе за іншым, стаіць у заведама рызыкоўнай пазіцыі: калі пачнуцца ўскладненні, вінаватыя «апошнія рукі». Таму мы ў стацыянары ўзважваем, ці зможам скончыць выдаленне «на каленцы» за пару хвілін. Сумняемся – не лезем, кіруючыся тым самым старажытным прынцыпам: «Не нарабі шкоды».

Трэці варыянт сюжэта сустракаецца не так часта.

Пачуўшы знаёмы трэск, **лекар з саракагадовым (плюс-мінус) стажам** спрактыкаваным рухам выпраўляе выдалены ворган у плявашку, утыкае пацыенту між пашчэнак марлевы шарык і весела ляпае па плячы: дзве гадзіны не есці!

Здаровая прырода мае безліч шляхоў: выштурхаць адломак зуба на паверхню сківіцы, загаіць зубную місачку, пакінуўшы кавалачак кораня пад тоўстым слоем косткі, ці выгнаць лішняе з гноем. Але, як кажуць, самае галоўнае для здароўя пацыента – ягоны добры настрой ды вера ў лекара. Таму няма ніякіх падстаў падрываць уласную рэпутацыю нуднымі камінаўтамі і непатрэбнымі нікому прызнаннямі. Дый калі праз колькі год нехта і пабачыць на чарговым рэнтгенаўскім здымку пакінуты кавалак зуба, такой бяды…

А вам які варыянт даспадобы?

Маралі не будзе, бо кожны з варыянтаў пры пэўных абставінах можа быць найлепшым. Хацелася б напісаць, што вось, трэба пакідаць выбар пацыенту, каб усё чынна-годна. Не пішацца, што паробіш. Таму пад канец ПРАКТЫЧНЫЯ РЭКАМЕНДАЦЫІ тым, каму не пашчасціла, і яго накіроўваюць працягваць выдаленне ў стацыянар.

1. Незалежна ад таго, трымаецца «замарозка» ці пачынае адпускаць, прыміце абязбольваючае (а менавіта: нестэроідныя супрацьзапаленчыя прэпараты кшталту баралгіна, німесуліда, кетарола. ***Нельга прымаць ацэцілсаліцылавую кіслату – аспірын, цытрамон і іхныя джэнерыкі, бо яны перашкаджаюць згусанню крыві***).

2. Апрацуйце вусны тлустым крэмам для скуры (ідзецца не пра гуталін) альбо маззю. Калі ад інструментаў ў куце рота ўтварылася ссадзіна (нацерці губу элеватарам можна літаральна за 10 хвілін, гэта распаўсюджаная з’ява), ссадзіну трэба мазаць некалькі разоў на дзень, каб не трэскалася пры чарговай патрэбе разявіцца, якіх у вас будзе нямала. ***Лайфхак: калі вы рыхтуецеся выдаляць зуб, можаце перад кабінетам лекара змазаць вусны.***

3. Прыкладзіце холад да шчакі. Пры цяжкім выдаленні вам гарантаваны ацёк і кепскае разяванне рота назаўтра, а то і праз некалькі гадзін. Таму – холад, і тэрмінова.

Прыкласці нешта замарожанае праз слой чыстай тканіны на губу ці на шчаку насупраць месца аперацыі. На 10-15 хвілін, перапынак 20-30 хвілін. Гэтым варта займацца не адзін раз, а мінімум тройчы.

1. Калі маеце праблемы з падвышаным ціскам, цукрам, шчытападобнай залозай ці іншымі ворганамі, пастаянна прымаеце прэпараты – вазьміце свае пігулкі ў лякарню. Не тое каб у лякарні не было пігулак, але можа не быць тых, што трэба вам.

2. Не прымайце прэпараты, якія паніжаюць згусальнасць крыві. Калі ў вас падвысіўся артэрыяльны ціск, што цалкам верагодна, пастарайцеся знізіць яго. Калі вы ў стрэсе, прыміце супакойваючыя сродкі. Традыцыйны рэлакс-кактэйль, фасаваны па 0,5 літра і болей, не прымайце: лекар абзайздросціцца і будзе выдаляць зуб удвая даўжэй, каб максімальна нанюхацца ад вас (Жарт. А вось ***кровацячэнне на фоне прыёму алкаголя – рэальнасць***).

3. Па магчымасці пад’ешце. Не так страшна парушыць рэкамендацыю дзве гадзіны не есці, як самлець ад голаду ў непрыдатным для падзення месцы. Калі зблажэла – сядайце на падлогу, абы не ўпасці. Абавязкова піце ваду. З’ешце марозіва для змяншэння ацёка знутры. Пазбягайце гарачага пітва ды гарачай ежы.

4. Патрабуйце аддаць вам здымкі зубоў. Вы можаце іх сфатаграфаваць, але лепей прынесці. Патрабуйце накіраванне. Вас прымуць і без гэтага, але… Высветліце ў лекара, што менавіта ён выдаліў, што, паводле ягонага меркавання, засталося. Сумленны лекар напіша гэта ў накіраванні альбо патэлефануе ў прыёмны пакой і распавядзе дзяжурнаму хірургу.

5. Усё вышэй пералічанае трэба выконваць і пасля завяршэння выдалення, калі няма іншых указанняў ад вашага хірурга.

Выратаванне шарагоўцы Раяна: калі змаганне за зуб мае сэнс і перспектыву

Як гэта не дзіўна, але па кожным пытанні грамадства мае не меней як два меркаванні, а найчасцей – значна больш. Не выключэнне і сітуацыя з выдаленнем зубоў.

Крывая размеркавання пазіцый шырока раскінулася ад «выдаляйце, я лепей новы ўстаўлю» з нагоды дэфекта пломбы і да «не, я паспрабую зуб выратаваць» пры флегмоне шыі з пагрозай прарыву гноя ў сардэчную сумку.

Вядома, Закон Рэспублікі Беларусь гарантуе, што да моманту абвяшчэння смяротнага прысуду кожны грамадзянін мае права памерці самастойна, у тым ліку і ад зубоў і звязаных з імі праблем, адмовіўшыся выдаляць вінаваты орган. Таму далейшы тэкст – для тых, хто жадае разабрацца ў пытанні пры дапамозе логікі і элементаў медычных ведаў.

Ідэал.

Прырода запланавала для кожнага чалавека два шэрагі зубоў, у якіх зубы стаяць «плячо ў плячо» ад края да края сківіцы, і кожны зуб (за выключэннем ніжніх цэнтральных ды верхніх кутніх) мае кантакт з двума зубамі супрацьлеглай сківіцы, прычым бугры і ямкі зубоў узаемна дапасуюцца, як ключык да замка. Кожны зуб – гэта каронка, якую мы бачым у роце, і корань, які сядзіць у сківіцы, і гэты корань удвая даўжэйшы за каронку, каб зуб вытрымліваў усе магчымыя функцыянальныя нагрузкі годна і эфектыўна.

Паталагічныя працэсы, што вядуць да страты зубоў, бываюць розныя:

– вострая траўма накшталт удару ў зубы\сківіцу ці падзення на зубы;

– несваечасова ці некваліфікавана лечаны карыес і ягоныя ўскладненні;

– расшатванне зубоў праз хваробы апорных тканак, калі зуб высоўваецца з косткі ці костка вакол зуба паступова рассмоктваецца.

Асабняком стаяць зубы мудрасці, якія ў дадатак маюць уласныя асаблівасці прарэзвання, але нярэдка фігуруюць і ў трох згаданых катэгорыях. У кожнай катэгорыі ёсць зубы, якія варта ратаваць, і зубы, з якімі варта развітацца.

Паказанні для выдалення зубоў.

Неадкладна і адназначна мусяць быць выдаленыя зубы, якія ўяўляюць пагрозу для агульнага здароўя арганізма чалавека.

Найперш гэта зубы, праз якія развіліся гнойныя запаленчыя працэсы мяккіх тканак твару і шыі, а таксама – прычынныя зубы ў выпадку запалення сківічнай косткі. Вылечыцца без выдалення зуба ў такім разе немагчыма.

У падобных выпадках зацягванне з выдаленнем ставіць пад пагрозу жыццё, у лепшым выпадку – узнагародзіць вас хранічным запаленнем сківічнай косткі, якое будзе гадамі ўкладваць вас у лякарню штовесну ды штовосень, пакідаючы на памяць знакі ад разрэзаў ды свішчоў.

Другое ганаровае месца належыць зубам, якія замінаюць вашым ныркам, суставам ды сэрцу, а таксама з’яўляюцца перашкодай да планавай аперацыі.

Выпадак з маёй практыкі.

Чалавек захварэў на эндакардыт – цяжкую сардэчную хваробу. Тэмпература пад трыццаць дзевяць на фоне унутрывеннага ўвядзення антыбіётыкаў цягам некалькіх тыдняў прымусіла ўрэшце кардыёлагаў зазірнуць пацыенту ў зубы і паклікаць стаматолага. У першы дзень пацыенту выдалілі 4 ці 5 разбураных карыесам зубоў. Ужо ўвечары тэмпература была каля 37,5. Праз два дні выдалілі яшчэ некалькі зубоў – тэмпература нармалізавалася, санацыю завяршылі трэцім захадам, пацыент адужаў і неўзабаве быў выпісаны на амбулаторнае лячэнне.

Самае павучальнае ў гэтай гісторыі тое, што апошнія некалькі год зубы ў роце ціхенька разбураліся, але не балелі. Пацыент цешыў сябе думкай, што зубы ў яго ёсць, пакуль не спрацавала міна хранічнай інфекцыі, ледзьве не выправіўшы нестарога яшчэ дзядзьку да Адама на піва.

Наяўнасць хранічнай зубной інфекцыі таксама падтрымлівае рэўматычныя праблемы суставаў і некаторыя хваробы нырак.

Перад кожнай планавай аперацыяй абавязкова саніраваць усе хранічныя інфекцыі, ад карыеса да грыбкоў на пазногцях. Рызыкаваць сэпсісам (заражэннем крыві) не мусяць ні адэкватныя лекары, ні асцярожныя пацыенты.

Трэцяе ганаровае месца належыць зубам-дыверсантам, на каранях якіх пачынаецца (і паступова захапляе ўсё большую тэрыторыю) хранічны запаленчы працэс – гранулёма, у будучыні - кіста.

Асаблівасць кісты ў тым, што яна моўчкі расце, і росту яе можна перашкодзіць толькі хірургічным шляхам. Калі кісту своечасова не спыніць – дойдзе да разбурэння значнай часткі сківіцы, страты не аднаго, а некалькіх зубоў, хранічнага гаймарыта, паталагічнага пералома сківіцы… Вось тады думка пра тое, што можна было ўсяго толькі выдаліць адзін зуб і пазбегнуць сур'ёзных праблемаў, абавязкова наведае ўпартую галаву. Ці толькі не запозна будзе.

Цяпер пагаворым пра тое, што можна захаваць.

Зубы, вартыя змагання – гэта байцы, чыя страчаная жавальная эфектыўнасць можа быць адноўленая без рызыкі пашкодзіць арганізму (глядзі пункт пра паказанні да выдалення).

Як жа зразумець, ці можна аднавіць, рэстаўраваць зуб?

Сфармулюю «Правіла траціны»: можна спадзявацца захаваць зуб, пашкоджаны не больш як на 1\3.

Расшыфроўваецца гэта так. Падзелім зуб на ўмоўныя тры часткі: каронка, каранковая палова кораня і вярхушкавая палова кораня.

Цяпер уявім сабе наступства нелечанага карыеса – гранулёму ці невялічкую кісту на вярхушцы кораня зуба. Калі разбураная костка вакол вярхушкі ахапіла зубны корань на 1\4 – 1\3 – ёсць спосабы ўратаваць зуб, выдаліўшы самы фокус інфекцыі. Болей за палову – сэнсу важдацца фактычна няма. Без сэнсу поркацца і тады, калі, у дадатак да гранулёмы, каронка значна разбураная, альбо дзясна і костка вакол шыйкі зуба аселі.

Паважайце фізіку: пры аперацыі корань зуба ўкарочваецца, а «правіла рычага» ніхто адмяніць не ў стане.

Дапусцім, што зуб разгайдаўся, корань пачынае агаляцца, дзясны аселі, утварыліся касцявыя «кішэні».

Калі вярхушачная палова ў добрай костцы без ніякіх гранулём, а каронка зуба добра захавалася, ёсць шэраг мер па спыненні разбурэння косткі і стабілізацыі зуба. Але, ізноў жа, сэнс ў гэтым будзе толькі тады, калі разбурэнне не дайшло да паловы кораня, а іншыя часткі зуба ў норме.

Калі вы зламалі зуб (адламалася каронка), але дзясна вакол зуба здаровая, «кішэняў» няма, і вакол вярхушкі кораня таксама здаровая костка – у вас добрыя шанцы на аднаўленне былой велічы (прынамсі, у аднакаранёвых зубах ротавага «фасада»). Але пратэзіст не стане брацца за аднаўленне зуба, калі корань не ў ідэальным стане.

А калі ўсё ж такі паспрабаваць ўратаваць зуб, хворы больш, чым на траціну?

За ўласныя грошы вы можаце спрабаваць амаль бясконца. Мажа стацца, ваш зуб прабудзе з вамі яшчэ колькі месяцаў ці нават гадоў.

Гэта мае сэнс тады, калі адтэрміноўка патрэбная. У дзіцяці, напрыклад, расце сківіца, і захаванне зуба – спосаб прафілактыкі парушэння прыкусу. Альбо вам праз дзень шлюб браць ці выступаць на тэлебачанні. Але найчасцей гэта – выкінутыя грошы, асабліва тады, калі пакінутыя «сумнёўныя» зубы – ключавыя для выбару канструкцыі пратэза.

Калі, не вытрымаўшы нагрузкі «за сябе й за таго хлопца», зуб здаецца – мажа аказацца, што ў «плявашку» выправіцца і ўся прыгажосць, якую вы панасілі пару месяцаў. А значыць, трэба добра падумаць, перш чым ратаваць «шарагоўцу Раяна».

Не чхаць, не смаркацца, на самалёце не лятаць...

Размова пра даволі частае ўскладненне пасля выдалення зубоў – перфарацыю дна гаймаравай пазухі. Як заўжды, рэкамендацыі напрыканцы.

Верхнясківічны сінус, ён жа – верхнясківічная пазуха, ВСП (рус.ВЧП) знаходзіцца ў верхняй сківіцы, а паколькі верхніх сківіц у чалавечага зародка дзве – правая ды левая – то і гаймаравых пазух дзве.

Паводле дадзеных БГМУ (2012 г), аб'ём пустэчы пазухі, які хаваецца між носам, вокам і каранямі зубоў, складае каля 17 кубічных сантыметраў (ад 9 да 25). Паражніна пазухі спалучаецца з паражнінай носа праз адтуліну, якая ў норме прапускае паветра пры кожным удыху-выдыху. З астатніх бакоў камера пазухі мусіць быць герметычнай.

Так яно і бывае, да пары да часу. Але ў большасці людзей у сківіцы ёсць зубы, і ў меншасці з іх – зубы здаровыя.

Паколькі памеры сківіцы і зубоў у розных людзей розныя, нярэдка адбываецца так, што касцявая сценка, якая аддзяляе карані задніх верхніх зубоў (ад 5 да 8), вельмі тонкая, ці нават адсутнічае. Здараецца, што самыя верхавінкі каранёў тырчаць сабе ў прасвет пазухі, прыкрытыя толькі слізістай абалонкай.

Для здаровага чалавека гэта не мае значэння. Але ў той момант, як хірург вымае зуб з зубной місачкі, аказваецца, што праз місачку зуба можна трапіць проста ў пазуху.

Дэфект ніжняй сценкі пазухі таксама можа ўтварыцца з-за зубной гранулёмы (вакол верхавінкі кораня недасканала залечанага зуба разрастаюцца паталагічныя грануляцыі і разбураюць костку ажно да пазухі). У асобных выпадках перфарацыя адбываецца падчас развітання з зубам, калі даводзіцца выдаляць зуб разам з прырослай да яго часткай зубной місачкі.

Калі верхнясківічная пазуха не мела ўласных праблемаў, сітуацыя найчасцей выпраўляецца сама сабой: кроў у зубной місачцы згусае і паступова замяшчаецца на костку, герметызм пазухі аднаўляецца, і пра праблему можна не згадваць. Ды толькі так бывае не заўсёды.

Бяда ў тым, што чалавек пры жыцці не можа не дыхаць цягам месяца ці двух. А тыя, хто могуць, на карыес не хварэюць і да хірурга-стаматолага не ходзяць. Адразу да псіхіятара. У астатніх жа прырода так хітра ўсё арганізавала, што на ўдыху ціск у пазусе падвышаецца, а на выдыху паніжаецца, і робіцца меншым за атмасферны. І так – 12 раз за хвіліну, ці нават больш. Таму, чым шырэйшы «комін» (ход з місачкі выдаленага зуба ў пазуху), тым большая «цяга» і, адпаведна, горшыя ўмовы для фармавання згустка.

Калі ж пацыенту надарыцца чхнуць, то ціск у пазусе крытычна падвышаецца і выносіць прэч не толькі саплю праз сярэдні насавы ход і на двор, а выпіхвае свежы сгустак крыві, ці прабівае ў ім ход, які вядзе ў рот.

Далей працуе фізіка. Розніца ціскаў прыводзіць да таго, што вадкія фракцыі з паражніны рота (сліна, вада, суп і г.д.) трапляюць у пазуху. Пацыенты так і кажуць: суп трапляе ў нос. Не асабліва прыемна нават уявіць сабе такое. А розныя непрыдатныя рэчы ў пазусе выклікаюць там раздражненне, пасля – запаленне і няўмольную патрэбу чхаць, якая канчаткова прабівае «фортку» па памерах адтуліны ў костцы.

Наогул, нават пустыя зубныя місачкі, пазбаўленыя сгустка, праз пару тыдняў зарастуць. Чаму ж гэта не адбываецца ў выпадку з перфарацыяй пазухі?

Розныя тканкі аднаўляюцца па-рознаму. Згустак крыві прарастае злучальнай тканкай. Паверхня згустка эпітэлізуецца – пакрываецца эпітэліем дзясны. Берагі раны зрастаюцца злучальнай тканкай – рубцом. Паверхня раны зарастае эпітэліем скуры ці слізістай – у залежнасці ад таго, якая паверхня ў месца пашкаджэння. Вы сарвалі струп – на скуры з часам утворыцца ямка. Гэта эпітэлій паспеў запоўніць ранявую паверхню раней, чым злучальная тканка запоўніла ўсю ранку. Таму што з усіх тканак эпітэлій – найхутчэйшы ў росце.

Шлях у некалькі сантыметраў, які сасуды пройдуць за тыдні, а нервы - за месяцы, эпітэлій пакрые за лічаныя дні. Бо эпітэлій – мяжа між арганізмам і знешнім асяродкам, бар'ер, які не пускае нежывую прыроду ў жывую. Першая лінія абароны. Мембрана, праз якую праб'ецца толькі той, каму будзе дазволена. І арганізм стараецца напоўніцу.

Калі місачка зуба пустая, голая костка сігналіць арганізму: барані мяне! Нібы цвіль на батоне, эпітэлій разрастаецца ад краёў раны, пакрываючы ўсю ўнутраную паверхню касцявога «коміна», што выпадкова спалучыў рот і пазуху. Як толькі эпітэлій аддзяліў костку і злучальную тканку ад знешняга асяродку, арганізм уздыхае з палёгкай: справа зробленая, вораг у рану не пройдзе. А выпадкова прабіты з рота ў нос ход атрымлівае статус пастаянна існуючага тунэля пад назвай свішч верхнясківічнай пазухі.

Ці можа закрыцца падобны свішч? Як правіла, не. Калі мы заклеім пластырам рот так, каб вусны самкнуліся, і іх немагчыма было разляпіць, і пакінем на дзень, ці на тыдзень, вусны не зрастуцца міжсобку. Бо эпітэлій з эпітэліем не зрастаецца. Калі мы зрэжам кавалак адной губы і прыціснем да непашкоджанай другой, вусны не зрастуцца, бо эпітэлій не зрастаецца з іншай тканкай. А вось калі прыціснуць рану да раны – тканкі за тыдзень зрастуцца міжсобку, і каб раздзяліць іх, спатрэбіцца аперацыя. Менавіта гэтым карыстаюцца пры перасадцы скуры: бяруць кавалак з аднаго месца і пераносяць на іншае, рана да раны.

Так і свішч: каб ён зарос канчаткова і болей не адкрываўся, з яго зразаюць эпітэлій, робячы ўнутраную паверхню тунэля адкрытай ранай. А пры ўваходзе ў тунэль выкраіваюць лоскут са слізістай, накрываюць ім уваход у свішч і падшываюць да дзясны, каб аднавіць эпітэліяльную паверхню з боку рота, ізалюючы рану ад наваколля. Калі свішч быў якасна дээпітэлізаваны (выскаблены ад эпітэлія), пры такіх умовах ён закрыецца, зарасце, і суп у нос трапляць перастане.

А вось і абяцаныя рэкамендацыі. Пасля выдалення верхніх карэнных зубоў:

1. Не правярайце, што ў зубной місачцы.

Мядзведзі не дарма сварыліся на Машу: яна палезла ў чужыя міскі. Місачка зуба – гэта не вашая міска, вось і не лезьце.

2. Не дапускайце, каб паток паветра гуляў з рота ў нос праз перфарацыю пазухі, а менавіта: не надзьмувайце шчокі. Напрыклад: не надзьмувайце балёнікі вуснамі. Не набірайце паветра ў рот. Не грайце на дудзе. Не тушыце свечкі на торце.

3. Не прымушайце паветра праходзіць з носа ў рот, то бок не смаркайцеся, не чхайце.

4. Не напружвайцеся: не падымайце штангу, не рагачыце ўголас, не барукайцеся (лічачы нават армрэслінг). Роды і запоры таксама перамяшчаюць пацыента ў групу рызыкі.

5. Не смакчыце.

Ні-чо-га, ні чупачупс, ні цыгарэту, ні пустышку, ні палец, ні сок праз саломінку, ні тое, пра што вы адразу падумалі, ні тое, пра што не падумалі зусім. Падсмоктваць кроў, каб сплюнуць, таксама нельга. Глытайце сліну!

6. Не паліце.

Чым долей пратрымаецеся, тым ніжэйшая рызыка ўтварэння свішча. Лепей пакіньце наогул.

7. Палёты на самалёце, працэдуры ў баракамеры, касмічны турызм, узыходжанне на горныя вяршыні і заглыбленне ў марскія глыбіні вам супрацьпаказаныя цягам месяца.

8. Пажадана не ўжываць алкаголь, не пераграваецца (гарачы цэх, гарачы душ і г.д.), не пераахалоджвацца. Не піць таблеткі, якія зніжаюць згусальнасць крыві, хаця б 3-4 дні.

УВАГА! Аспірын і цытрамон (ацэцілсаліцылавая кіслата) паніжаюць згусальнасць крыві!

А цяпер тое, што рабіць варта.

Калі падчас выдалення зуба ці непасрэдна падчас аперацыі вам кажуць, што ў вас утварылася перфарацыя верхнясківічнай пазухі, то:

1. Распытайце, што с зубам (ці ўсе карані пакінулі ваш арганізм, ці – такое бывае – які-небудзь корань невядома дзе, альбо ёсць падазрэнне, што корань праз той самы новастворany тунэль праслізнуў у пазуху.

2. Зрабіце здымак, каб пераканацца, што ў пазусе нічога лішняга.

3. Закапвайце сасудазвужальныя кроплі ў насавы ход на баку выдалення. Пазуха, якая дыхае, не так лёгка запаляецца.

4. Калі ёсць магчымасць, звярніцеся туды, дзе вам накладуць швы, закрыўшы лунку, і памятайце: калі вам зашылі лунку, усе пункты «нельга» трэба выконваць асабліва старанна. Іначай швы распаўзуцца, а паўторная аперацыя магчымая толькі праз некалькі тыдняў.

5. Выконвайце ўсе рэкамендацыі лекара.

Гора ад мудрасці

Ну, што вам сказаць. Мудрымі не нараджаюцца. Мудрымі робяцца – альбо не робяцца, і ў большасці людзей гэта адбываецца ва ўзросце каля чатырох год.

Мацнее "мудрасць" год у дзевяць, а праяўляе сябе недзе пасля пятнаццаці, пераважна ў дваццаць пяць – дваццаць восем, найчасцей – да трыццаці трох. Думаю, вы здагадаліся, што ідзецца пра самы папулярны аспект мудрасці – пра восьмыя зубы.

Стоадсоткава памудрэлы чалавек мае тыя самыя 32 зубы, з якіх 4 – «мудрыя». Не заглыбляючыся ў жахалкі, спынюся на асобных аспектах, пра якія вы не даведаецеся, пакуль не з'явіцца праблема.

1. Зуб не заклаўся ў 4 гады, яго проста няма. Выдыхніце))). Няма зуба – няма праблемы.

2. Зуб ёсць, але ляжыць у касцявой капсуле і праразацца не збіраецца. Хай сабе ляжыць. Таемная мудрасць можа ніяк сябе не праявіць.

3. Зуб прарэзаўся ўвесь, стаіць правільна, знешне нічым не адрозніваецца ад суседзяў. Прыміце віншаванні і карыстайцеся на здароўе, лячыце, калі пачаўся карыес, вычышчайце і песціце: хто беражэ «мудрасць» ад пачатку, мае, за што чапляць «мост» ў сталасці. Восьмыя зубы не лепшыя і не горшыя за астатнія. Ім цяжэй у жыцці, бо не заўсёды хапае месца ў зубным шэрагу.

4. Зуб прарэзаўся напалову і хаваецца пад дзясной. Міна запаволенага дзеяння, якую лепей размініраваць “да таго, як”. Фактары рызыкі звязаныя с запаленнем дзясны, пад якую забіваецца ежа, ці з карыесам. Між гэтым зубам і суседам спераду можа ўтварацца “кішэня”, дзе святкуюць мікробы, пашкаджаючы ні ў чым не вінны сёмы зуб.

Выбар просты: калі дзясна запаляецца, трэба альбо зрэзаць дзеснявы «каптурык» і пачакаць, ці не дарасце зуб да суседзяў, ці адразу выдаліць зуб. Другое надзейней.

5. Бывае так, што зуб стаіць крыва і траўмуе шчаку. Хранічная траўма – нагода для запалення. Хранічнае запаленне ўплывае на здароўе не лепшым чынам, можа абвастрыцца. Лепей выдаліць.

6. Безумоўна і неадкладна выдаляюцца «васьмёркі», якія знаходзяцца ў лініі пералома сківіцы, перашкаджаючы лячэнню, і тыя, што сталіся прычынай гнойных ускладненняў. Пры першым падазрэнні звяртайцеся да спецыяліста.

Трывожныя прыкметы: апухласць шчакі, скроні, балючыя навобмацак і павялічаныя лімфатычныя вузлы пад сківіцай, боль пры глытанні і адкрыванні рота. Гэта – нагода для неадкладнага звяртання да стаматолага-хірурга.

7. Самае смачнае – на закуску. Часам на панарамным здымку зубоў (ортапантомаграме) ззаду ніжняй «васьмёркі» можна пабачыць чорны «паўмесяц». Гэта – абалонка парадэнтальнай кісты.

Як і ўсялякая паважаная кіста, яна, верагодна, будзе расці і, цалкам магчыма, не пасьпяшаецца заявіць пра сябе. Зрэдчас такія кісты разрастаюцца на некалькі сантыметраў, а гэта – рызыка пералома сківіцы пры нават лёгкім удары ці падчас звычайнага выдалення зуба (так званы паталагічны пералом). Таму, калі вас папярэдзілі, што ёсць такая пекната, правярайце раз на год, як яна пачуваецца. Калі расце – цягнуць не варта, разьвітвайцеся з мудрай, але патэнцыйна небяспечнай «васьмёркай».

Удар у твар

Сітуацыя не рэдкая, для асобных людзей – паўсядзённая. Не істотна, чым нанесены ўдар: кулаком, нагой, тупым прадметам, звар’яцелай кухоннай шафачкай, вушаком дзверы альбо дарожным пакрыццём…

Наступствы бываюць розныя:

1) ушыб,
2) ушыб і параненне мягкіх тканак,
3) ушыб і пералом костак твару.
4) 2+3.

Гэтая нататка для тых, хто хоча зразумець: бегчы па лекара ці адлежвацца ў бярлогу, бо само мінецца.

Найперш запомніце тры няхітрыя аксіёмы.

– твар знаходзіцца на галаве (гэта значыць, што пры ўдарах тварам\у твар высокая імавернасць струсення мазгоў);

– раны на твары ідэальна зашываць у першыя 2-6 гадзін (пасля 24 гадзін значна ўзрастае працэнт нагнаенняў);

– пераломы сківіцы ўскладняюцца нагнаеннем на трэція суткі.

Цяпер прабяжымся па сімптомах, якія сведчаць, што адназначна варта звярнуцца да спецыяліста.

1. Раны скуры ці слізістай абалонкі, асабліва скразныя раны вуснаў, шчок, павек.

Майце на ўвазе, што ў людзей з зубамі фактычна ўсе параненні прыротавай вобласці скразныя.

2. Адчуванне «замарозкі» ў месцы траўмы ці непадалёк.

Як правіла, парушэнне адчувальнасці звязанае з пераломам сківіцы альбо скулавой косткі, калі праз зрух косных фрагментаў і спадарожны ацёк адбываецца сцісканне нерва.

3. Парушэнне прыкуса.

Немагчымасць звесці зубы альбо адчуванне, што зубы змыкаюцца не так, як вы прывыклі; адчуванне хруста і ссоўвання костак пры спробе сцяць пашчэнкі; адчуванне, што адзін з зубоў «падрос» і не дае закрыць рот. Пералічанае можа сведчыць пра перелом сківіцы.

4. Кепска адкрываецца рот.

Пры спробе адкрыць рот вы адчуваеце, што з аднаго боку сківіца нібыта заблакаваная, пры гэтым вы не можаце рухаць падбароддзем убок. Прыкмета пералому скулавой дугі (а не проста фінгал пад вокам).

5. Дваенне ўваччу, боль у адным воку пры рухах вачыма – перелом арбіты (вачніцы).

6. Выбітыя зубы.

Часам пры пераломах адломкі разыходзяцца, знешне гэта выглядае як выбіты зуб, але ўсё сур'ёзней.

Бывае, што зубы зрушаныя ці нават вылецелі вам у руку, а сківіца не зламалася. Калі з моманту траўмы прайшло некалькі гадзін, вывіхнутыя зубы можна паспрабаваць уставіць на законнае месца – нажаль, не ва ўсіх выпадках, да таго ж, гарантыі прыжыўлення вам ніхто не дасць.

Увага! Апісаныя вышэй сімптомы сведчаць, што, з верагоднасцю больш за 90%, у вас – сур'ёзная траўма.

Тым не менш, адсутнасць гэтых прыкмет пры наяўнасці ўшыбу не дае гарантыі, што ў вас усё добра. Кропку ў гэтым пытанні ставіць рэнтген, у спрэчных выпадках – камп'ютарная тамаграфія. Як і з любой траўмай, працуе прынцып: хутчэй звярнуліся па дапамогу – раней выпісаліся з лякарні.

Ліхтар пад вокам: тушыць ці пакінуць?

Размова пра сінякі ды гематомы, атрыманыя ў выніку траўмы.

Калі ў выніку траўмы пашкоджаныя сасуды, кроў выцякае ў мяккія тканкі. Кроў з дробных сасудаў прапітвае ўсё навокал сасуда, калі сасуд буйнейшы і маецца ціск – кроў выцякае хутчэй і расслойвае мяккія тканкі, утвараючы прастору, запоўненую крывёй: гематому.

Атрымаўшы траўму, вы не ведаеце, якога кшталту сіняк сфармуецца, імбібіцыя (прапітванне) крывёй ці гематома. Гэта стане відавочна толькі праз пэўны час.

Калі ацёк спадае, сіняк квітнее, і, пачынаючы з другога-трэцяга дня, усё выглядае лепей ды лепей – гэта імбібіцыя.

Калі вакол усё квітнее, а ў месцы траўмы захоўваецца гуз, тым заўважнейшы, чым меншы ацёк вакол – гэта гематома.

Гематома запоўненая вадкай крывёю, потым кроў згусае (таму з параўнальна свежых гематомаў не адсмокчаш кроў шпрыцам). Пасля згусткі разбураюцца – зноў з'яўляецца вадкасць. Калі прайшло колькі дзён, і дакрануцца да месца ўшыба ўжо не страшна, можна пагуляцца: пастаўце на розныя часткі два пальцы і адным націсніце. Калі пад другім пальцам адчуеце штуршок – у мягкіх тканях вадкасць.

Імбібіцыя (сіняк) адцвіце і знікне, гематома надоўга застанецца з вамі і можа сама не рассмактацца.

З сіняком робяць проста: двое содняў пасля траўмы паказаны холад, пасля – мазь ад ушыбаў.

Гематомы, бывае, даводзіцца ўскрываць. Па-першае, калі гематома нагнаілася (павялічылася, вакол – чырвань і ацёк, баліць навобмацак), па-другое – калі прайшоў час, а гуз не меншае, не гледзячы на мазі ды фізіяпрацэдуры.

Як папярэдзіць утварэнне гематомы, калі траўма адбылася? (справядліва не толькі для галавы)

1. Прыкладзіце холад.

Сваечасова прыкладзены холад – гэта звужаныя сасуды, меншы ацёк ды боль, а значыць – меншы артэрыяльны ціск, як следства – хутчэйшае закрыццё дэфекта ў сценцы судзінаў тромбам, змяншэнне кровазліцця.

2. Не ляжаць на баку траўмы (канцавіну можна падняць угару, разглядайце галаву як канцавіну).

3. Тугая павязка на рану, калі месца траўмы тое дазваляе, ці хаця б на пэўны час прыцiснуць рукой – кроў перастане выцякаць з прыціснутых судзінаў.

4. Абязбольваючае – за выняткам ацэцілсаліцылавай кіслаты, што ў складзе аспірынаў-цытрамонаў.

5. Лепей пару дзён не прымаць антыкаагулянты.

Чаму не ўскрываюць свежыя гематомы? Таму, што некалькі дзён існуе рызыка крывацячэння. І таму, што так падвышаецца рызыка нагнаення. Да таго ж, калі абрысы гематомы можна вызначыць дакладна (асноўны ацёк сышоў), тады і хірургічны разрэз будзе дакладны і меншы па памеры, паўторная – хірургічная - траўма не прывядзе да пагаршэння стану.

Чаму не пункцыя (адсмактаць шпрыцам), а разрэз? Таму што праз пункцыйную іглу можна эвакуяваць толькі вадкую частку крыві, а кроў з цягам часу ў гематоме згусае ў камяк, і толькі потым сгусткі зноў разбураюцца. Атрымаецца, мы не ў поўным аб’ёме дапамаглі пацыенту, але адкрылі браму інфекцыі.

Некалькі пункцый – некалькі дадатковых траўм, некалькі магчымасцяў інфіцыраваць. Адзін разрэз – аднамомантная эвакуацыя большай часткі згусткаў, магчымасць адтока для рэшткаў праз рану па дрэнажы, магчымасць добра прамыць.

Можа падацца, што “брама” для інфекцыі ў выпадку разрэза шырэйшая, але сутнасць у тым, што гематома без згусткаў і з доступам кіслародa ды антысэптыка – гэта не замкнёная анаэробная камера са смачным крывяным субстратам.

Ускрытая гематома патрабуе назірання і штодзённых перавязак. Пасля разрэза, як пасля любой траўмы, ацёк павялічваецца, таму цягам 2 сутак паказаны холад.

Эпілепсія вачыма сківічна-тваравага хірурга

Кожны з нас можа сутыкнуцца з прыступам эпілепсіі ці іншым сутаргавым станам. На старонцы Сусветнай арганізацыі аховы здароўя у артыкуле за 7 лютага 2019 г колькасць эпілептыкаў ацэньваецца ў 50 млн чалавек па ўсім свеце. Тамсама пазначана, што кожны дзясяты (10%!) чалавек аднойчы перанёс эпілептычны прыпадак. Уласна эпілепсія – гэта 2 і болей прыпадкаў. Праблема распаўсюджаная, і, нажаль, 80% хворых жывуць у той частцы свету, дзе 70% эпілептыкаў не атрымліваюць належнага лячэння.

Мудрыя неўролагі даследуюць, што там замыкаецца ў мазгах і як гэта папярэдзіць, а хірургі разбіраюцца з наступствамі прыпадкаў, разнастайнымі і не ўсім загадзя відавочнымі.

Пачнем з таго, што чалавек падае там, дзе заспеў яго прыступ, губляючы прытомнасць.

У такім стане пацыент не можа групіравацца, абіраць накірунак падзення, страхаваць сябе. Таму ў падзенні можа ударыцца любой часткай цела і зламаць любую костку.

Падчас прыпадкаў чалавек можа дадаткова біцца галавой - ці не галавой - аб тое, што пад ім і побач, можа скаціцца з края.

Прыступ можа доўжыцца хвіліны і нават дзясяткі хвілін (таму клічце «хуткую» адразу, не чакаючы, пакуль прыступ міне).

Добра, калі навакольныя задбаюць пра бяспеку хворага, але не спрабуюць гвалтоўна спыніць скарачэнне цягліц. Не трэба расціскаць чалавеку зубы лыжкамі ці іншымі металёвымі прадметамі, і вось чаму.

Цягліцы сківіцы развіваюць высілкі па сціскванні зубоў (паводле розных крыніц) ад 100 да 400 кг. Тэарэтычна вы можаце развіць такую сілу і расціснуць непрытомнаму сківіцы, калі будзеце мець, паводле Архімеда, рычаг і кропку апоры. Толькі кропка апоры ў дадзеным выпадку – гэта зубы. Расціскаючы зубы, вы даяце ім не вертыкальную, а касую – нават бліжэй да гарызантальнай – нагрузку.

Пры гарызантальнай нагрузцы памерам ўсяго толькі 16 кг здаровыя зубы пачынаюць балець – гэта сігнал перагрузкі. Сігнал, што апорныя тканкі (баляць менавіта яны, а не сам зуб) пачынаюць разбурацца. А зубы ў эпілептыкаў маюць заведама слабы апорны аппарат – гэта пабочны эфект многіх супрацьсутаргавых лекаў.

І вось вы налягаеце ўсімі сваімі сіламі на зубы, каб аборадь спазм цягліц, і… трэскаецца сценка зубной місачкі, ірвецца зубная звязка, зуб нахіляецца вонкі.

Здаровы зуб здароваму чалавеку можна ўставіць на месца, прыкруціць на які месяц дротам і спадзявацца, што прырасце і пару год праслужыць.

Не тое ў эпілептыкаў. Хранічнае запаленне дзяснаў плюс вострая траўма падчас прыступаў не дадуць рэплантаваным зубам шансу прыжыць. Трэснутая костка зубной місачкі таксама не заўсёды прыжывае. Можа пачаць гніць сківіца. Таму, калі ласка,

не суньце ў рот людзям неядомую непатрэбіцу, нават калі вам вельмі страшна за іх.

Язык – цягліца, падчас прыступу ён сцінаецца ў напружаны камяк і не западае. Проста страхуйце галаву ад удараў, а ў момант, калі прыступ скончыцца, павярніце чалавека на бок: так язык не западзе, калі расслабіцца. Альбо пасуньце крыху наперад сківіцу пацыента: разам з ёй ссунецца і язык.

Майце на ўвазе: ачомаецца пацыент не адразу, пэўны час ён будзе ў стане «аглушэння». Потым пачне рухацца, слаба ўсведамляючы, куды і як. Прыступ можа неўзабаве паўтарыцца, а нават калі не – пацыент не крытычны да ўласнага стану. Гэта можа замаскіраваць ушыб мозга ці ўнутрышлонкавую (унутрычарапную) гематому: пацыент неўзабаве ці праз колькі гадзін можа «загрузіцца».

Таму, нават калі хворы рэгулярна наведвае неўролага і прымае супрацьсутаргавыя прэпараты, трэба выклікаць «хуткую» і везці яго ў шпіталь. Тое, што пацыент не памятае сутаргі – звычайная рэч. Таму абавязкова давядзіце да яго, што з ім адбылося (сам ён не будзе ведаць, што адбылося, і можа доўга не верыць!). Калі вы не едзеце ў лякарню, падрабязна апішыце прыступ брыгадзе «хуткай».

Часта стаіць дылема: чакаць «хуткую» ці везці небараку на ўласным альбо спадарожным транспарце. Досьвед падказвае, што, калі вы не ў тайзе і не на ільдзіне пасярод Белага мора, а ў сталіцы нашай радзімы горадзе Мінску, лепей клічце «хуткую».

На раёне прасцей: там лякарня адна, усе спецыялісты, што ёсць – тамака. Калі лякарня блізка, можна рызыкнуць. А ў Мінску вы можаце не адгадаць, у якую лякарню везці чалавека.

Тут мае значэнне не толькі стан, дыягназ і вашае геаграфічнае становішча, але і паліклініка, дзе абслугоўваецца пацыент, і нават час сутак (не ўсе лякарні маюць начных кансультантаў, у іншых няма магчымасці на месцы правесці тамаграфію). «Хуткая» улічвае гэта, а дзеля кантроля набірае тэлефон аддзела шпіталізацыі і (як правіла) вязе туды, куды трэба, гарантуючы дарогай назіранне за станам хворага (памятаем пра верагоднасць паўторнага прыступу) і маючы лекі, якія прыступ здымаюць.

Апроч суворых неўралагічных наступстваў і магчымых пераломаў, часты спадарожнік прыступаў – прыкушаны язык. Так, калі зубы лязнулі, а язык не змыўся, яго кусане, і, зазірнуўшы ў рот, мы можам пабачыць альбо рану, з якой цячэ кроў, альбо ацеклы сіня-чорны язык, які ледзьве памяшчаецца ў роце і "прыгажэе" на вачох.

Што рабіць? Усё проста: рану трэба зашываць (не-не, пакладзіце напарстак, зашываць такія раны – спрадвечная прэрагатыва хірургаў-стаматолагаў, ці асабліва дасведчаныя траўматолагаў, а не швачак-матарыстак ды бравых шаўцоў).

Рану пажадана зашыць у першыя некалькі гадзін, бо праз тры дні ахвотнікаў гэта рабіць вы не знойдзеце, дый швы трымацца не будуць.

Язык – вельмі актыўны ворган, таму далікатныя «касметычныя» швы паразвязваюцца ці прарэжуцца. Шыць – дык шыць: добрай ніткай, прашываючы тоўсты слой тканак, далёка адступіўшы ад края раны. Язык сцерпіць: там выдатнае кровазабжэнне.

Калі ж язык ацеклы, сіня-чорны, а раны як такой няма, то рабіць з ім непасрэдна нічога не будуць. Але, пры неабходнасці, саб'юць ціск (высокі ціск – больш крыві выцякае, большая гематома, больш выражаны ацёк), увядуць гармоны ці мачагонныя (папярэдзіць рост ацёку, які патэнцыйна можа перашкаджаць дыханню).

З «хатніх» прафілактычных мер адзначу холад (смактаць кубік лёду і прыкладваць абгорнуты тканінай пакет з лёдам пад сківіцу – паперамення. Выключыць цеплавыя працэдуры, гарачую ежу ды пітво, не прымаць прэпараты, што паніжаюць згусальнасць крыві, не рабіць тое, што падвышае ціск.

Увага! Калі лекар прапануе пацыенту з прыкушаным языком застацца ў лякарні, так і трэба зрабіць.

Калі ўсё будзе ісці як след, пацыент будзе нудзіцца і ныць, што яго толькі трымаюць у лякарні і нічога не робяць, і што такое шчасце ён бы меў і дома. І хай сабе ные, абы папраўляўся, не ведаючы, якія праблемы яго абмінулі. А вы, перадаўшы небараку пад лекарскі нагляд, можаце ўздыхнуць з палёгкай.

«Санкі» з’ехалі, альбо «шуфлядку» пераклініла…

Літаратары любілі пісаць: «Пазяхнуў з рызыкай вывіхнуць сківіцы”. Калі быць дакладным, верхнюю сківіцу вывіхнуць немагчыма, бо яна прырасла да чэрапа. Затое ніжняя сківіца нярэдка «выпадае», «выскоквае», «саскоквае», «закліньвае», і шмат чаго яшчэ.

Інтэрнэт, верагодна, поўніцца парадамі па ўпраўленні вывіхаў, тым не менш, прыёмны пакой не сумуе таксама. Таму кароценька.

1. Вывіхі бываюць у тых, у каго галоўка сустава не асабліва развітая, а сустаўная ямка неглыбокая, сустаўны бугарок не выражаны (гэта ўсё анатамічнае, так сталася), расцягнутыя звязкі і сустаўная капсула (наступствы траўмы ці звычкі занадта шырока адкрываць рот). Як і ў іншых суставах, чым часцей вывіхі – тым лягчэй вывіхнуць. Чым лягчэй вывіхнуць – тым лягчэй паправіць.

Небяспечныя дзеянні і станы: ***гучны крык, смех, плач; позех, ваніты; эпілептычны прыпадак… і адсутнасць галаўнога мозга***, якая праявілася ў памкненні сунуць у рот штосьці неўспамернае. Асобна стаяць вывіхі ў спалучэнні з пераломам сківіцы – іх не кранаю.

2. Дыягназ паставіць кожны, хто хоць раз бачыў. У пацыента адкрыты рот, які ён самастойна не можа закрыць, бо сківіца не рухаецца, ці рухаецца абмежавана. Вусны ў некаторых змыкаюцца, сёй-той можа нават гаварыць. У каго вывіх толькі аднаго з двух суставаў – сімптомы можаце падзяліць напалову: напалову адкрыты рот, сківіца рухаецца амаль на палову амплітуды, словы можна напалову разабраць, г.д. Але! Перапытайце, што папярэднічала вывіху, калі вы самі не бачылі.

3. Памылковы дыягназ.

Недасведчаныя ў сківіцах асобы з медычнай адукацыяй і без, бывае, блытаюць вывіх з інсультам. Падабенства ёсць: бабулечка нібыта тупіць (не закрывае па камандзе рот), мычыць (згубіла мову), твар, міміка выключна нездаровыя. Нажаль, можа прайсці некалькі дзён, пакуль не спахопяцца праверыць, ці не дантыст мусіць бабулечку ратаваць. Усё ж неўролагі – даволі вузкія спецыялісты. Ці бываюць памылкі наадварот? Не ведаю, ніхто дасюль не прызнаўся.

Бывае, што на вывіх спісваюць *немагчымасць адкрыць рот* ці раптоўную *змену прыкусу*. Але не ўсё, што звязанае з паталогіяй сустава, ёсць вывіхам. Я зараз пра рот, які шырока адкрыўся – і не закрываецца.

Калі гэтаму папярэднічалі ўдар у сківіцу ці падзенне на падбароддзе, калі ў роте з’явілася кроў, калі кроў пайшла з вушэй ці рэзка пагоршыўся слых, то адзіная правільная тактыка – максімальна хутка даставіць пацыента ў лякарню, прычым перавагу па магчымасці аддаць «хуткай». Дый тых, у каго “шуфлядка выпала” звыкла, “хуткая” (са слоў адной брыгады, ім не дазваляецца самім упраўляць вывіхі) прывязе ў прыёмны пакой.

Па дарозе ў лякарню добра зрабіць дзве рэчы: прыкласці да суставаў холад і прыняць абязбольваючае.

Холад варта трымаць і пасля ўпраўлення вывіху. 5-10 хвілін справа – 5-10 хвілін злева, і так далей, нават калі выскачыў толькі адзін з суставаў, бо і ў другім пацягнуліся звязкі.

Калі вывіх адбыўся не першы раз, пацыент, звычайна, не панікуе. Калі чалавек сам па сабе авантурнага складу, можна паспрабаваць паставіць сківіцу на месца. Ніндзя так рабілі са многімі суставамі. Ёсць цярпліўцы, якія некалькі хвілін спрабуюць паварочваць сківіцу туды-сюды, знаходзячы ўрэшце тое становішча, калі сустаў сам заскоквае на законнае месца.

Але і дапамагчы небараку бывае нескладана. Тут галоўнае – давер і акуратнасць. Калі не ўпэўненыя, не давяраеце – 103 вам у дапамогу, а ў лякарні папрасіце вам паказаць, як трэба.

Калі і вы, і пацыент настроеныя на поспех – спрабуйце. Зрабіць горш наўрад ці ўдасцца. Але з дзецьмі і бяззубымі ўсё ж трэба выключная асцярожнасць. Ніякай сілы, толькі фізіка і фізіялогія. ***Не эксперыментуйце з ляжачымі пацыентамі, калі маеце іншае выйсце.***

Пры магчымасці пасадзіце пацыента на падлогу, спінай і патыліцай яму трэба абаперціся на сцяну. Памацайце сябе перад казялкамі вушэй, адкрыўшы і закрыўшы рот. Гэта норма.

Памацайце пацыента. Ягоныя суставы будуць на 1-1,5 см далей ад вушэй, адразу ззаду шчок. Вашая задача – пацягнуць іх уніз, каб прайсці сустаўны бугарок. Як толькі тое ўдасцца, цяглiцы падцягнуць сківіцу ўверх, у сустаўную ямку, і вывіх управіцца. Цяпер пра тое, як гэта зрабіць.

Станьце перад пацыентам, пакладзіце яму вялікія пальцы рук на кутнія зубы (ці на месца, адведзенае прыродай кутнім зубам – сёмым ці восьмым). Астатнія пальцы мякка абдымаюць сківіцу збоку і знізу. Калі зубы вострыя – зрабіце пад палец пракладку з чыстай тканіны.

Выпрастайце рукі (пацыент мусіць сядзець ніжэй за вас, альбо вы – стаяць вышэй за яго: рычаг!) і прамымі ў локцях рукамі, скарыстаўшыся ўласнай вагой, далікатна апусціце сківіцу пацыента, націскаючы на кутнія зубы. Вам трэба апусціць галоўкі на сантыметар, звычайна і менш. Як толькі адчулі, што сківіца ссунулася (вы ўсяго толькі пераадольваеце напругу жавальных цяглiцаў, пры чым цяглiцы не скарочаныя валявым высілкам у 400 кг, а толькі “спалоханыя” папярэднім перарасцягненнем), папрасіце пацыента закрыць рот.

Не адпускайце пальцаў, пакуль не пабачыце, што падбародзе паднімаецца. Тады акуратна прыбярыце пальцы з зубоў за шчокі ці зусім забярыце з рота. Доказ таго, што ўсё атрымалася – самкнёныя з абодвух бакоў у звыклым прыкусе зубы. Памацайце месца за шчакамі, дзе хвіліну таму былі галоўкі суставаў. Калі вынік дасягнуты, іх там няма. Яны перад самымі казялкамі вушэй.

Бывае, што адна галоўка ўстала на месца, а другая – не. Паўтарыце прыём. Дзейнічайце сіметрычна абедзьвума рукамі, сківіца гэта любіць. Зафіксуйце сківіцу кругавой павязкай (эластычны бінт, не туга, але каб сківіца была ў прыкусе без напругі цяглiцаў. Холад двое сутак, спакой на два тыдні – тым, хто не хоча, каб сківіца вылятала ад кожнага чыху.

Чаму вушы трашчаць: шукаем прычыны дысфункцыі сківічных суставаў

«Есць, ажно вушы трашчаць» – прымаўка пра людзей з надта добрым апетытам (рас. «ест, аж за ушами трещит») мае адценне пацвельвання. Ахвота смяяцца, аднак, прападае, калі трэск, шчоўканне, храбусценне ды іншыя трывожныя гукі пасяляюцца за ўласнымі вушамі, а калі быць дакладным – перад вушамі. Бо акурат перад вушамі знаходзяцца тыя шчаўкункі, якія носяць шляхетнае імя: скронева-сківічныя суставы.

Да пары да часу ідзецца толькі пра не дужа прыемны гукавы эфект, да якога можна прыстасавацца і не зважаць. Але, як кажуць аўтамеханікі, добры стук некалі вылезе: аднойчы да храбусцення далучыцца боль і абмежаванне руху ніжняй сківіцы, з-за болю вы не зможаце як след разявіць рот.

Так, гэта мінецца. Ад гэтага не ўміраюць. Так, яно паўторыцца. Не, рэзаць нічога не давядзецца. Але, калі вы мусіце ці любіце добра пагаварыць ці добра паесці, то будзеце пачувацца інвалідам. Таму прапаную разабрацца, што не так, што можна з гэтым рабіць, а чаго лепей не рабіць.

Не заглыбляючыся ў анатомію, скажу: сустаў – гэта рухомае спалучэнне двух (трох) костак, з якіх адна – выпуклая, другая – угнутая, і некалькі груп цяглiцаў, якія мацуюцца рознымі канцамі на розныя косткі, і менавіта яны рухаюць часткі цела: згінаюць, разгінаюць, прыводзяць, адводзяць, укарочваюць, падаўжаюць ці скручваюць.

Калі вогнутая і выпуклая паверхні некангруэнтны (не дапасуюцца, як ключ да замка), між імі будзе храсток, які ў калене, напрыклад, называецца меніск, і вісіць гэты храсток на звязках, крыху соваючыся ў адпаведнасці з рухамі костак абапал яго.

Вернемся да майго ўлюбёнца. Ён варты некалькіх цёплых словаў, бо можна кульгаць, ці мець руку-статыста, але жыць параўнальна паўнацэнным жыццём. А вось не мець магчымасці развесці пашчэнкі – гэта крытычна дэсацыялізавацца і страціць радасць жыцця надоўга.

Гэты сустаў – парны, ён рухаецца ў трох плоскасцях, мае сустаўны дыск-меніск. Чым жа ён розніцца ад астатніх? Зубамі. Паўтаруся: на рухі любой часткі цела ўплывае стан костак, храсткоў, сустаўных сумак, цяглiц, сухажылін, нерваў і сасудаў. На суставы ніжняй сківіцы уплываюць яшчэ і зубы.

Фігурысты, гімнасты і танцоры дасканала валодаюць суставамі цела. Але ніхто з іх не адчуе макавага зерня, пакладзенага ў сагнутае калена ці локаць. Многія людзі не адчуюць такую драбязу нават у пальцах. А паміж верхніх і ніжніх зубоў – адчуе кожны. Мы можам грызці арэхі і згінаць зубамі сталёвы дрот. А можам гадзінамі трымаць у роце яйка, ці злёгку пажаваць уласны язык, не прычыніўшы болю і шкоды. Пачухайце ніжнімі зубамі верхнія, ацаніце тонкую настройку вашай сківічнай сістэмы.

Што ж прымушае такі дасканалы механізм рыпець і барахліць?

1. Вострая траўма.

Увесь арсенал байцоўскіх прыёмаў, прыкладзены да любога месца вашай сківіцы, выклікае траўму абодвух суставаў. Тое ж датычыць падзення на падбароддзе – невялічкія, далікатныя суставаўныя галоўкі, ратуючы галаўны мозг ад сур’ёзнай траўмы, не проста ламаюцца – літаральна складваюцца, разрываючы не толькі звязачкі меніска, але і суставную капсулу, а ў цяжкіх выпадках – нават вонкавы слыхавы праход.

Да гонару самага працавітага сустава, адламаная частка косткі можа сама прырасці на месца, а калі плошча кантакта са сківіцай недастатковая ці кантакту няма, адламаны фрагмент з часам рассмокчацца. Рэштка сківіцы – цалкам верагодна, на рэнтгене неаднойчы бачылі – выгадуе новую суставўную галоўку, хай не такую дасканалую, але дастатковую, каб сустаў-напарнік не застаўся без партнёра. А вось звязачкі меніска, небаракі, цяжка аднаўляюцца нават пасля звычайнага ўшыбу сустава, калі перелом не адбыўся, але ўдар быў моцны.

Бывае так, што суставўная ўпадзіна неглыбокая, суставўная галоўка ад прыроды пляскатая, і пры моцным крыку, шырокім позеху, сутаргах, шматразовых ванітах ці спробах празмерна адкрыць рот (грашаць гэтым вакалісты, мімы, працаўніцы панэлі і дурасліўцы), звязкі груба расцягваюцца, сківіца вывіхваецца з сустава. Рот адкрыўся – і сам закрыцца не можа.

Натуральна, разрывы і расцягненні звязак і капсулы не мінуць бясследна. Дыск-меніск пачне правісаць, боўтацца і зашчамляцца між чэрапам ды сківіцай, а потым саскокваць – і мы гэта пачуем як храбусценне ці шчоўканне.

Што трэба рабіць?

Пры кожнай траўме сківіцы звяртацца да сківічна-тваравага хірурга ці ягонай амбулаторнай іпастасі – хірурга-стаматолага. Ён распіша схему лячэння і рэабілітацыі.

Агульныя парады:

– холад двое содняў пасля траўмы (лепей па 5-10-15 хвілін на кожны сустаў напераменку, нават калі баліць толькі з аднаго боку);

– кругавая павязка эластычным бінтом, якая падтрымлівае рот закрытым без удзелу вашых цягліц (зубы па магчымасці самкнёныя ў звыклым прыкусе), першыя дні – пастаянна, потым – падчас сну, агулам 2 тыдні;

– абязбольваючыя прэпараты, але не аспірын, не цытрамон ды іхныя джэнерыкі;

– катэгарычна забаронена на два тыдні: кусаць, жаваць грубую ежу ці жуйку, пазяхаць, шмат і гучна размаўляць, спяваць, псіхаваць, прастываць, труціцца, лячыць і выдаляць зубы (толькі па жыццёвых паказаннях).

Ідэальна: ***нямая рыба ў намордніку, якая ў цёплым утульным акварыюме смокча дзіцячае харчаванне і супы-пюрэ праз саломінку, а размаўляе толькі на мігах з выключна прыемнымі людзьмі***.

Хранічная траўма.

Не, гэта не хранічны алкагалізм са штодзённай бытавухай і абвастрэннямі асфальтавай хваробы, хаця і ён на здароўе ніякім органам не ідзе. Размова пра іншае. Пра ўлюбёнае: пра зубы.

Прырода дала чалавеку тры дзясяткі зубоў і размясціла іх ідэальным чынам, каб пры жаванні сківіца слізгала, як па маслу, бугаркі ды ямкі верхніх ды ніжніх зубоў дапасоўваліся, як упершыню сабраны пазл, і кожны акт яды адбываўся няспешна і эфектыўна: разцы адкусвалі, клыкі адрывалі, карэнныя зубы перамолвалі, прычым на правы і левы бок прыходзілася аднолькавая раўнамерная нагрузка.

У вас не так? А калі вы хочаце мець добрыя скронева-сківічныя суставы, павінна быць так. І дапамогуць вам стаматолагі-артапеды.

План лячэння будзе вельмі індывідуальны, і ў той жа час даволі падобны:

А) Залячыць усё, што трэба, уключаючы прафесійную гігіену, карыес, дэфекты зубоў і пломб, дзёсны; шыніраваць зубы, калі гэта неабходна.

Б) Выдаліць усё, што не можа быць якасна залечана, асаблівую ўвагу – зубам пад нумарамі 1.8, 2.8, 3.8 і 4.8 – яны ж зубы «мудрасці». Калі яны лезуць «не ў дугу» – варта развітацца, хай сабе карыес іх нават не крануў.

В) пры дапамозе пратэзаў, пломб, аклюзійных накладак і г.д. аднавіць форму і змест зубных шэрагаў, наблізіўшыся да вышэй апісанага ідэалу.

УВАГА! Галівудская ўсмешка на месцы гнілога плота не ўсім прыносіць шчасце.

Калі ў вас доўгі час (болей за паўгады!) была зніжаная вышыня прыкуса, яе аднаўленне патрабуе некалькіх этапаў, пастаяннага кантакта з лекарам, дбайнага выканання рэкамендацый і трывання.

Г) маладым зубатым асобінам любога веку паказаная (перыядычна, раз на пару год) прышліфоўка зубоў. Ведаеце, як падганяюць пломбу пры дапамозе капіравальнай паперы? Вось так можна праверыць, на якім месцы вашая сківіца «падскоквае на ўхабе», наносячы дробную шкоду суставу, якая рана ці позна матэрыялізуецца ў боль, храбусценне ці іншую трасцу.

Лёгкі дотык бормашыны да праблемнай кропкі – і сківіца пачынае слізгаць як трэба. Зубам тое не шкодзіць: зубы мусяць паступова сціраецца, гэта прадугледжана эвалюцыяй. Толькі сціранне не заўжды адбываецца раўнамерна, і гэта варта падправіць.

Д) выпраўленне прыкусу, калі дазваляе ўзрост і стан здароўя.

Тое, што прыкус можна выправіць у кожным узросце – абсалютная праўда. Але варта ведаць яшчэ дзве праўды:

– не любы стан зубоў (і не любы стан агульнага здароўя) дазваляе выпраўленне прыкусу;

– калі прыкус выправіць, а звычкі, сфармаваныя дзесяцігоддзямі, пакінуць, хутка пасля лячэння ўсё стане як было, толькі горш, ды мінус грошы й патрачаны час.

Для аматараў тонкасцяў: на прыкус уплывае дыханне, жаванне, глытанне, міміка, мова і асаблівасці маўлення, пастава (у значэнні «поза» і у значэнні «осанка»), у тым ліку – падчас сну, харчаванне, псіхічны стан і гарманальны фон. Гэта так, з відавочнага, што першае ў галаву прыйшло. І шкодныя звычкі.

А здольнасць зафіксаваць і ўтрымаць станоўчыя вынікі лячэння моцна звязаная з агульным станам: дыябет, астэапароз, праблемы шчытападобнай залозы і процьма іншых пашыраных дыягназаў… Думаю, вы зразумелі.

1. Псіхічная траўма.

Схема простая, як тэарэма Піфагора:

Хранічны стрэс – няправільная пастава – паталагічны тонус цягліц шыі – паталагічны тонус цягліц твару …

Востры стрэс – крык альбо сцісканне зубоў – спазм цягліц твару …

… = няправільная траекторыя ніжняй сківіцы. Вынік апісаны вышэй.

Паколькі пазбавіцца стрэсаў – утопія, ідзем насустрач здароўю адразу трыма шляхамі:

– медытацыі-рэлаксацыі-аўтатрэнінгі;

– седатыўныя прэпараты-супакойваючыя працэдуры (ванны з недапітай валяр’янкай і іншае);

– гімнастыкі-масажы-кінэзіятэрапіі.

Ці перастане шчоўкаць, калі ўсё-усё зрабіць? Перастане, пры адной умове: катэгарычна нельга правяраць, а ці перастала шчоўкаць. Прывучыцеся разявацца, не даводзячы да моманту, пакуль трэсне. Тады і храбусцець перастане, і балець не пачне.

СКБ: некаштоўныя камяні

Кожны з нас чуў пра камяні ў нырках ці жаўцяку (жоўцевым пузыры), сёй-той чуў пра камяні ў печані ды петрыфікаты ў лёгкіх. А я вам распавяду пра камяні ў сківічна-тваравай вобласці. І гэта не зубны камень.

Праблема гэтая не такая частая, таму многія пацыенты, сутыкнуўшыся з ёй, не ведаюць, што рабіць ды куды бегчы. А жаданне бегчы ўзнікае неадкладна, калі сярод поўнага спакою і дабрабыту, падчас ці пасля смачнага абеду, без абвяшчэння вайны, пад сківіцай цягам лічаных хвілін набухае жалвак з кулак памерам, што можа суправаджацца нежартоўным болем.

Не ўсе пацыенты аднолькава пужлівыя. Большасць чулі, што рак за пяць хвілін не вырастае. Самыя "прасунутыя" ведаюць, што і гнайнік за пяць хвілін не вырастае. Хоць пару гадзін яму ды трэба. Але дзівосы на гэтым не заканчваюцца.

Пакуль пацыент, не верачы вачам, пачынае абмацваць сябе звонку пальцамі, а знутры языком, ці наадварот, пухліна раптам меншае, а неўзабаве і знікае зусім.

«Прымроілася,» – вырашае пацыент, асабліва, калі абмаляваная мною карціна наведала яго не ў поўным аб'ёме, а мільганула лёгкім прыпуханнем, ад якога праз паўгадзіны і знаку не засталося. І жыве чалавек спакойна, не зважаючы на чарговыя эпізоды (яно ж само праходзіць як не было). Пакуль не лясне гром.

Так-так, вы правільна здагадаліся: надыходзіць дзень, калі само не прайшло. А наадварот: за некалькі гадзін\дзён толькі павялічылася, паднялася тэмпература, стала балюча варушыць языком, пад якім усё распухла, і нешта цвёрдае тырчыць, і салёны смак у роце…

Адны садзяцца пісаць тэстамэнт.

Другія лезуць у сеціва, каб пераканацца, што рак за пяць гадзін\дзён не вырастае, і выклікаюць «хуткую дапамогу».

Самыя цярплівыя, магчыма, дачакаюцца, што і на гэты раз само мінецца, але раўняцца на ідыётаў не трэба. Ваш шлях – да хірурга-стаматолага, альбо – калі такія водзяцца ў вашай мясцовасці – адразу да сківічна-тваравага хірурга.

Праблема простая: у сліннай залозе ўтварыўся камень і перакрыў адток сліны.

Сліна выпрацоўваецца, пакуль чалавек жывы (за выняткам прыкрага сіндрома Шэгрэна і выпадкаў атрафіі слінных залозаў пасля апраменьвання).

Пакуль сліна мае адток, нічога не адбываецца: камень нікому не замінае і памалу расце. Ход сліне перакрыты – залоза раздзьмуваецца – яе капсула расцягваецца – узнікае боль (слінная колька).

Камень паварушыўся – адток аднавіўся – сліна сцякла – ціск у залозе упаў, нічога не турбуе. Камень даплыў да вусця пратока – цвёрды «арэшак» пад языком. Ён можа і сам выскачыць. Альбо яму дапаможа хірург, надрэзаўшы праток.

Цяпер папулярныя пытанні – адказы.

1. Ад чаго камяні утвараюцца менавіта ў мяне?

Прычын роўна дзве: ваш арганізм схільны адкладаць у розных ворганах камяні, а вашая залоза мае анатамічныя асаблівасці, праз якія сліна затрымліваецца ў ёй крыху даўжэй, чым планавала прырода.

2. Ці трэба рабіць аперацыю, калі камень ляжыць сабе і гаспадара не турбуе?

Трэба, таму што пры кожным – нават малым – абвастрэнні адміраюць клеткі залозы. Гэта вельмі працавіты ворган, паважайце яго.

Любая аперацыя лепей праходзіць тады, калі няма абвастрэння, і тады, калі іх і не было. Кожнае экстранае ўмяшанне пакідае рубцы, пасля чаго планавая аперацыя пройдзе не так хутка і гладка, як без іх.

Хранічна хворая залоза, закутая ў рубцы, будзе выдаваць усё новыя і новыя камяні. Таму, калі камень знайшоўся выпадкова, разбярыцеся з ліхам, пакуль спіць ціха.

3. Што лепей: раз за разам выдаляць камяні, ці адразу выдаліць усю залозу, і адкуль тады возьмецца сліна?

Камяні ўтвараюцца не так і хутка. Часам (пры адэкватным і своечасовым лячэнні і самакантролі) ад аднаго абвастрэння да другога праходзіць і дзесяць год. Таму рашэнне выдаляць залозу – гэта скрайняя мера. На сёння распрацаваныя аперацыі, якія дазваляюць захаваць залозу (ці большую яе частку) нават тады, калі камень абуладкаваўся ў самой залозе, а не ў пратоку.

Калі ж сківічна-тваравы хірург-сіалолаг (майстра па слінных залозах) катэгарычна прапануе развітацца з залозай, трагедыі няма: у кожнага з нас шэсць вялікіх слінных залозаў. Пара калявушных (яны прыпухаюць, калі хварэеш на завушніцу – «свінку»). Пара падсківічных (яны – самыя «камяністыя»), і пара пад’язычных. Страта адной ці нават двух залозаў арганізму сур’ёзнымі наступствамі не пагражае. Але, калі слінна-каменная хвароба прагрэсуе – гэта нагода заняцца сабой, пацікавіцца абменам рэчываў.

4. Як паводзіцца, што рабіць і чаго не рабіць носьбітам слінных камянёў?

Памятайце: ёсць камень – ёсць хранічнае запаленне, якое можа абвастрацца ад пераахалоджванняў, фізічных ды нервовых перанапружванняў ды з іншых прычын (вы лепей ведаеце сябе). Па магчымасці, пазбягайце правакатыўных сітуацый.

Колькасць і якасць сліны залежыць ад таго, што вы ясцё-п’яцё. А тактыку падкажа спецыяліст.

Агулам жа можна сфармуляваць так: калі залоза актыўна працуе, сліна вадкая і не застойваецца, “пясок” і розныя шматкі – будучыя камяні – вымываюцца вон, абвастрэнне сыходзіць, жыццё наладжваецца. Значыць, калі сліна адцякае добра – стымулюйце залозу кіслым, вострым, сухарыкамі.

Калі адток сліны парушаны – катэгарычна нельга “дражніць” залозу, спачатку трэба прыбраць механічную перашкоду. А да таго часу – кашы без смаку ды паху і іншыя нясмачныя, хоць і пажыўныя прадукты, ад якіх у вас «слінкі не бягуць».

Залозы любяць масаж – пры наяўнасці адтока. Не ціскайце залозу, яе можна толькі пяшчотна гладзіць ад вугла сківіцы ў бок падбароддзя. Не рабіце гэтага ў момант абвастрэння, не параіўшыся з хірургам. Але, калі вам рэкамендавалі масаж, рабіце яго нават праз боль, шмат разоў на дзень, асабліва пасля прыёму ежы.

Што да прафілактыкі – масаж залозы вам паказаны пажыццёва, літаральна да\пасля кожнага перакуса. З асцярожнасцю стаўцеся да лекаў, што змяншаюць выпрацоўку сліны. І глядзіце, каб у роце не перасыхала!

TO BE or NOT TO BE: паласкаць рот ці не?

Гэта той выпадак, калі лепей пытацца ў лекара, чым у мамы, суседкі ці інтэрнэта. Але вось так бывае, што не спытаўся, і што цяпер? Таму, як і з любым пытаннем, варта разабрацца на цвярозы розум, пагатоў, нічога складанага няма.

1. Да таго, як выдалілі зуб ці разрэзалі дзясну, паласкаць можна. Гэта можа дапамагчы:

– калі прарэзваецца зуб, – калі распухла дзясна, – калі ёсць свішч на дзясне, – калі вам ускрылі канал зуба і не залячылі.

Не дапаможа, але не пашкодзіць:

– калі ў вас пульпіт (часам ад паласкання боль робіцца пякельны), – калі ў вас так званы «флюс» альбо абсцэс, які не прарваў, – калі боль звязаны не столькі з прычынным зубам, колькі з лімфатычнымі вузламі.

2. Непасрэдна пасля таго, як вас прааперыравалі (няма розніцы, выдалялі зуб, рабілі разрэз, тое і другое разам) – да раніцы не паласкаць. Гной будзе выцякаць, калі гноя няма – вы зацікаўленыя, каб кроў згусала, а згустак заставаўся ў ране. Паласканне гарачай салёнай вадой, як раяць рабіць «дасведчаныя» людзі – з высокай верагоднасцю прывядзе да таго, што вы пачнеце плявацца крывёй, праз некаторы час вам падасцца, што вы выплюнулі палову наяўнай крыві, з перапуду на фоне болю (замарозка-та скончылася!) паднімецца ціск – вы пачнеце сплываць крывёй.

Паўтаруся: у дзень аперацыі НЕ ПАЛАСКАЦЬ і НЕ ЧЫСЦІЦЬ ЗУБЫ – па той самай прычыне.

3. Назаўтра пасля ўмяшання вас чакае адно з трох.

А) новае жыццё без болю, відавочнае паляпшэнне знешнасці і настрою – НЕ ПАЛАСКАЦЬ.

Б) боль пагоршаў, ацёк нібыта пабольшаў – ПАЛАСКАЦЬ і ісці да лекара на агляд.

В) боль і ацёк пры вас, вам не горай, але не лепей – ПАЛАСКАЦЬ і ісці да лекара.

4. Дні тры вас нічога не турбавала, а потым пачало балець наноў. ПАЛАСКАЦЬ і ісці на агляд. Большасць з трапіўшых у пункт 4 паласкалі рот адразу пасля аперацыі і тым самым парушылі біялагічную павязку на ране. Нешчаслівая меншасць мае хранічныя праблемы са здароўем, на фоне якіх раны загойваюцца кепска.

Не кладзіся на бачок, ці як прачнуцца з праблемай на сваёй галаве

«Пераначуем – болей пачуем» – кажуць у народзе. Але раніца не заўсёды прыносіць яснасць. Бываюць і туманы.

Да прыкладу, выдалілі вы па ночы зуб, які прыхапіў пару дзён таму і пагражаў флюсам. Здавалася б, няма зуба – няма праблемы. Нарэшце можна паспаць, пад’есці, на працы думаць пра работу, а не дзе дастаць шчаслівы квіток у кабінет хірурга-стаматолага… І вось яна, раніца!

Пацягнуўшыся, вы ўскокваеце з ложка, і тут заўважаеце, што з боку выдаленага зуба вас значна паболела. З аднаго боку – роўна палова твару, а з другога – дзве траціны. Шчочка папаўнела, альбо вочка стала кітайскае, вузенькае. Зморшчынкі разгладзіліся…

Першая думка, чамусьці, не «дахадзіўся, казёл, з гнілым зубам», а «божухна, мне занеслі інфекцыю!»

Другая думка – пра пакутніцкую смерць у чарзе па талоны.

Далей – у кожнага па-рознаму.

Ці трэба ўпадаць у паніку? Па тэлефоне кансультацый не даю. Але можна ўключыць левае паўшар’е галаўнога мозгу і паварушыць звілінамі.

Магчыма, лекар папярэджваў, што вы прыпухнеце. І нават даваў на такі выпадак інструкцыі. Не? Ну, не дык не.

Ацёк назаўтра пасля разрэзаў, як і пасля складаных выдаленняў з прымяненнем малатка ды бормашыны – звычайная справа. Асабліва, калі вы пасля паліклінікі адразу заваліліся спаць.

Звычайна адбываецца так: пацыент, спакутаваны спачатку болем, потым стрэсам ад візіта ў паліклініку, раздражнёны нязручнасцямі, выкліканымі замарозкай, нарэшце апынаецца ў ложку, знаходзіць утульнае становішча і правальваецца ў сон.

Чыста інстынктыўна хворую вобласць хочацца прытуліць, прыгрэць, загарнуць у коўдрачку ды прыпесціць. «Я ляжаў на гэтым баку, бо мне так было лягчэй» – тыповая гісторыя, бо цела займае становішча, у якім не баліць.

А ў гэты час лейкацыты бадзёра маршыруюць па пашыраных ад цяпла судзінах у бок нанесенай хірургам раны, адкуль у мозг лятуць імунныя сігналы: «Трывога! Вароты для інфекцыі! Мікробы атакуюць! Усе на барацьбу з ворагам! Но пасаран!»

На ўроках біялогіі нам паказвалі схему, як лейкацыты-макрафагі пажыраюць стрэмку, ператвараючы яе ў гной. Але як яны трапляюць да стрэмкі, тыя лейкацыты? Правільна, яны жывуць у крыві, і крывёй дастаўляюцца на месца падзей. А потым?

Мне логіка падказвае, што ім трэба выйсці з судзінаў. Дзеля гэтага трэба, каб крываток запаволіўся, судзіны пашырыліся, і ў сценцы судзінаў адкрыліся поры, праз якія могуць вылезці прагныя да іншародных целаў і рознай мікробнай нечысці лейкацыты-ненажэры, «АМАПаўцы» нашай імуннай сістэмы.

А ў судзінах што? Плазма. А яна вадкая. А калі ў трубе вадкасць, а ў сценцы трубы – дзіркі, то вадкасць выцякае. Гэта і ёсць рэактыўны ацёк. Так фарміруецца абарончы вал, праз які інфекцыі прайсці складаней, чым арміі праз лінію Манэргейма.

Абарончыя збудаванні часовыя: калі мікробы ў меншасці, а лейкацыты галодныя і бадзёрыя, неўзабаве скончыцца “зачыстка” мікробаў, прагучыць «Застава, адбой!», і ўжо пад абед вы з задавальненнем адзначыце, што ацёк амаль сышоў.

Зрэдчас бывае іначай: мікробы акапаліся надзейна, як гераічныя абаронцы ў Берасцейскай крэпасці. Лейкацыты будуюць адну лінію аблогі за другой, несупынна кідаюцца ў бой новыя байцы, гінуць у няроўным змаганні. А трупы на полі бою - што? Правільна, разлагаюцца, бо пахавальная каманда пад кулі не лезе. І прадуктамі разлажэння трупы лейкацытаў і мікробаў атручваюць жыццё арганізму.

Азноб, падвышэнне тэмпературы, агульная млявасць ды абыякавасць да жыцця, адсутнасць апетыту, галаўны боль, раздражнёнасць… Гэтак праяўляецца інтаксікацыя, іначай кажучы – атручэнне, што псуе агульны стан усяму арганізму.

На месцы падзей і паблізу разліваецца чырвань, ткані робяцца гарачымі, шчыльнымі, нарастае ацёк, боль, кожны дотык выклікае ўзмацненне болю, і карыстацца гэтай вобласцю цела праблематычна.

Непадалёк, у рэгіянарных лімфавузлах, пачынаюцца баі з групамі мікробаў-дыверсантаў, што прарваліся праз «лінію Манэргейма» і абмінулі «лінію Мажыно». Справы дрэнь: сілы арганізма на мяжы. Трэба пашыранае хірургічнае ўмяшанне, падмацаванае комплекснай супрацьзапаленчай тэрапіяй, рэжымам і г.д.

Падсумуем. Прачнуўшыся ўранні ці ўночы і пабачыўшы папаўненне твару, не панікаваць, а крыху паразважаць.

Калі вам агулам лепей, скура звычайнага колеру, ацёк мяккі, і пры дотыку не баліць, рана смыліць памалу, але не торгае і не прымушае лезці на сцяну, гэта ***рэактыўны ацёк***.

Праз некалькі гадзін пасля пад’ёма заўважылі, што ацёк меншае – можна расслабіцца.

Калі ваш агульны стан кепскі, ацёк шчыльны і балючы, прыпухласць з кожнай гадзінай павялічваецца, іншыя непрыемныя з’явы таксама нарастаюць – ***запаленне праргэсуе***, ідзіце да хірурга.

І не расказвайце, што да хірурга не трапіць. Апісаны мною ў апошніх радках стан патэнцыйна небяспечны для вашага жыцця.

Вы ідзяце да хірурга, калі не атрымалася – да загадчыка аддзялення, да лекара, які прымае па вострым болю. Альбо вам акажуць дапамогу, альбо накіруюць туды, дзе акажуць. Калі паліклініка недаступная, ёсць стацыянар. Калі вам насамрэч кепска – ёсць «хуткая дапамога».

Ну, і тое, дзеля чаго пішу. Рэкамендацыі.

1. Пасля любога аператыўнага ўмяшання вобласць аперацыі нельга грэць – ні шалікам, ні рукой, ні «сіняй» лямпай, ні кампрэсам з мачой, ні «Фіналгонам», ні гарачай гарбатай, ні гарачым душам, ні катом, ні батарэяй… працягніце самі.

Траўма ў першыя двое сутак любіць холад!

2. Сіла цяжару дзейнічае пастаянна, таму траўмаваную вобласць трэба трымаць вышэй за астатняе цела. Высокая падушка, на баку аперацыі не ляжаць.

3. Пасля аперацыі вы маеце патрэбу ў камфорце, рэжыме, клопаце. Ігнараваць гэта – шкодзіць сабе.

Ускладненні – гэта правіла ніхто не адменіць – выб’юць вас з жыцця на ўтрая большы тэрмін, чым час, які спатрэбіўся б на папярэджанне ўскладненняў. Нашмат больш адбяруць і сіл, і часу, і грошай. Беражыце сябе.

Каб табе скулле заваліла!

Каб табе на язык скУла села, каб табе скУлле заваліла, каб табе бог скУла ў горла даў – кажуць добрыя ды спагадлівыя беларусы. А часам гатовыя забыцца на праклёны ды «гадзІць як благой скУле» патрэбнаму чалавеку.

Што ж гэта за трасца такая – скула? Гэта гнайнік. І сёння мне хочацца падзяліцца з вамі думкамі па ўлюбёнай тэме сківічна-тваравых хірургаў – гнайніках скуры.

Калі браць паўсядзённасць прыёмнага аддзялення нашага стацыянара, які безпаспяхова змагаецца са званнем лякарні, дабразычлівай для пацыентаў, гнайнікі на скуры твару бываюць як параўнальна бяспечныя, так і жудасна небяспечныя.

Знешне яны адрозніваюцца, асабліва напачатку. Але неспецыялісту разабрацца бывае складана. Таму і хачу распавесці вам пра гэтую трасцу, каб не дапускалі да бяды.

Пачнем з прасцейшага-лягчэйшага выпадку.

Бывае такое, што ў тоўшчы скуры з’яўляецца маленькі шарык. Над ім у скуры бачная кропачка-пора, адрозная ад іншых пор.

Шарык марудна расце, і раптам можа пачаць пабольваць, зробіцца заўважнейшым, шчыльнейшым, скура вакол яго пачынае чырванець, далучаецца ацёк, які можа распаўсюджвацца даволі шырока па твары.

Як правіла, ідзецца пра параўнальна бяспечны жыравічок, што завецца па навуцы атэрома.

Па сутнасці, маленькі шарык – гэта сальная залоза, пора якой чамусьці закупорылася (напрыклад, вы – аматар давіць вугры, і аднойчы, палюючы за чорнай кропкай, парвалі праток сальнай залозкі, які зарубцаваўся і звузіўся). Цяпер сала не выходзіць на паверхню скуры, а назапашваецца ўнутры, паступова расцягваючы капсулу залозы і рассоўваючы рыхлую, падатлівую клятчатку.

Шарык можа вырасці з добрае яйка памерам і ніводнага разу не запаліцца. А можа нагнаівацца ледзьве не штомесяц, бо праток закрыты негерметычна, мікробы могуць патрапіць у сярэдзіну сальнага масіва, а сала ім даспадобы.

Асобныя людзі схільныя да атэраматоза і маюць процьму дробных атэром на ўсіх магчымых месцах. Іншыя ніколі з гэтым не сутыкнуцца.

Нашмат большую небяспеку нясе пацыенту фурункул – гнойна-некратычнае запаленне валасянога фалікула. Ён пачынаецца з дробнага прышчыка, потым павялічваецца...

Між іншым, павялічваецца не так сабе, а, найперш, дзякаваць спробам пацыента выціснуць прышчык ці паскорыць ягонае спаражненне пры дапамозе мазяў, прымочак, кампрэсаў, капусных лістоў, печанага лука, барсучынага тлушчу альбо мачы маладога дзіка. Таму, калі ласка, ***не мажце, не парце, не цісніце нічога на твары без дакладнага прызначэння спецыяліста***. А мазь Вішнеўскага НІКОЛІ не мажце на твар, нават калі яна дапамагла вашаму прадзядулю, суседцы па пляцоўцы, ці участковаму.

Прышчык-фурункул можа расці да колькіх сантыметраў у дыяметры, можа з’явіцца некалькі некратычных стрыжняў (гнойных кропак), ацёк нарастае, мацнеюць і агульныя сімптомы: тэмпература, галаўны боль, слабасць, азноб. Ацёк твару будзе прапарцыйны памерам інфільтрата (шчыльнай балючай чырвонай плямы).

Розным у першым і другім выпадку будзе і лячэнне, і прагноз. Таму, якая б скула ні выскачыла на твары, звярніцеся да хірурга-стаматолага ці сківічна-тваравага хірурга да таго, як нешта з ёй рабіць самастойна. А для цікаўных – больш падрабязнае параўнанне гэтых двух гнайнікоў.

1. Атэрома.

Утвараецца і павялічваецца паступова, можа гадамі моўчкі прысутнічаць на твары. Запаленне прагрэсуе параўнальна марудна. Гной застаецца ўнутры капсулы.

Задача хірурга – праткнуць капсулу невялічкім разрэзам, выціснуць расплаўленае сала, паставіць дрэнаж, які стаіць нядоўга. І ўскрываць атэрому, і назіраць пацыента можна амбулаторна, але часам лепей для хворага легчы ў стацыянар. Калі праз дзень-два нічога з раны не выцякае, дрэнаж выдаляюць, рана зажывае.

Але капсула залозы застаецца, сала працягвае выпрацоўвацца, неўзабаве атэрома напоўніцца і – верагодна – праз пэўны час ізноў нагнаіцца. Таму хірургі прапануюць выдаляць атэрому ў спакойным стане ў планавым парадку: выразаецца кавалачак скуры ў тым месцы, дзе праток залозкі, вылушчваецца капсула, накладаюцца швы.

Аперацыя можа быць зробленая амбулаторна. Найпрасцей выдаліць атэрому, якую раней не ўскрывалі, таму пры сваечасовым звароце хірург можа не рэзаць, а прызначыць антыбіётыкі, якія пагасяць запаленне і дадуць магчымасць не кранаць атэрому да планавай аперацыі.

Гэта добры аргумент супраць самалячэння: усе народныя сродкі паскараюць нагнаенне і прымушаюць хірурга махаць шашкай, таму за лішнія рубцы на твары падзякуеце народнай фантазіі і сваёй неабачлівасці.

Фурункул.

Павялічваецца за пару дзён, а то і хутчэй. Пачынаецца востра. Даволі хутка вы можаце ўбачыць месца выхаду гноя. Не падманвайцеся: гнойны ачаг мае памеры, адпаведныя чырвонай пляме. Праткнуць скальпелем замала: працягласць разрэза мае адпавядаць памерам чырвонай плямы, іначай у кішэнях-зацёчніках некратычныя змены будуць працягвацца.

Мазаць чорт ведае чым і спадзявацца, што само міне – шлях да шырэйшых разрэзаў ды грубейшых рубцоў, бо народныя сродкі хутка прывядуць да амярцвення кавалка скуры, гэты дэфект будзе рубцавацца.

Аперацыя ўключае ў сабе выдаленне некратычнага стрыжня (былога валасянога мяшэчка) і амярцвелай тлушчавай клятчаткі. Калі зрабіць гэта несваечасова, то наступных тры-чатыры дні, а то і тыдзень, кожная перавязка будзе суправаджацца дадатковым хірургічным умяшаннем – выскабліваннем падскурнай клятчаткі.

Адужванне будзе доўгім. Калі ж арганізм хранічна хворы (асабліва рызыкуюць дыябетыкі, у якіх, нажаль, і фурункулы бываюць часта), альбо правільнага лячэння няма, гной па судзінах твару можа трапіць нават у мозг. Ускладненні вас чакаюць грозныя, скажам шчыра, смяротна небяспечныя.

Затое, калі пры дапамозе хірургіі і фармацыі (антыбіётыкі плюс сродкі, што замінаюць згусанню крыві) пацыент адужвае, то, як правіла, вылечваецца цалкам. Дадатковай аперацыі на гэтым месцы не патрабуецца (толькі касметычная, калі рубец грубаваты).

Спыніць развіццё фурункула сваечасовым лячэннем можна хіба да таго, як прышчык стаў фурункулам: калі маленькі прышчык апрацаваць спіртам, запаленне зменшыцца. Але, калі волас загінуў, некратычны стрыжань трэба выдаляць хірургічным шляхам. Чым раней пачатае лячэнне, тым яно хутчэй і з меншымі стратамі скончыцца. А лячыцца лепей у стацыянары.

Існуюць і не такія папулярныя праблемы скуры, сярод іх – пухліны. І тут самалячэнне можа прынесці куды большую шкоду. Таму мне хочацца, каб вы вынеслі з артыкула галоўнае: калі на скуры ці ў скуры адбываюцца нейкія змены, перш, чым забаўляцца самалячэннем, завітайце да спецыяліста.

Балюча глытаць: не заўсёды ангіна

З вострымі фарынгітамі, ангінамі мы сутыкаемся з дзяцінства. Напэўна, няма чалавека, які б не спазнаў, што такое боль у горле. Нават прымаўка ёсць: ногі прамочыш – горла баліць, горла прамочыш – ногі не йдуць☺

Але ў практыцы хірурга-стаматолага скаргі на боль у горле часам сведчаць пра варты трывогі стан і пагрозу цяжкіх ускладненняў.

Невялічкі экскурс у анатомію.

Глотка – гэта трубка з цягліцаў, што вісіць на ніжняй частцы чэрапа спераду ад хрыбетніка і ззаду ад гартані. Прасвет глоткі адкрываецца ў рот і ў нос.

Глотка – гэта брама для ежы і адзін са шляхоў эвакуацыі насавой слізі. Дзеля кантроля за пранікненнем вірусаў і бактэрый вакол глоткі ёсць колца міндалінаў – лімфоіднай тканкі, якая забяспечвае мясцовы імунітэт.

Калі лімфоідная тканка запаляецца, прасвет звужаецца, дотык да ацеклых міндалінаў выклікае боль – баліць горла.

Але акт глытання задзейнічае шмат цягліц, якія мацуюцца да чэрапа і сківіц. Праглыніце сліну, паклаўшы руку пад сківіцу, і вы адчуеце скарачэнне цягліц. Яны ідуць у розных кірунках, слаямі, а між імі – тлушчавая клятчатка, дзе знаходзяцца лімфатычныя вузлы.

Падрапаў вас кот, ці вылез герпес на вуснах, парэзаліся вы, калі галіліся, ці прыкусілі язык, схапілі насмарк альбо сваечасова не залячылі зуб – з гэтых і процьмы іншых прычын падсківічныя вузлы могуць запаляцца, ацякаюць, павялічваюцца, і праяўляецца гэта болем пры глытанні на баку лакальнай прычыны запалення (пры агульных інфекцыях – боль з абодвух бакоў).

Каму пашчасціла быць носьбітам «каштоўных камянёў» у нырках, ці ў іншых ворганах, той ведае, што такое коліка. Між іншым, і ў слінных залозах – асабліва падсківічных – таксама бываюць камяні. Як любы варты ўвагі камень, час ад часу яны рухаюцца, затыкаюць слінны праток, залоза перапаўняецца слінай, расцягваецца і пачынае балець. У тым ліку – пры глытанні.

Трэба адзначыць, што «добры стук заўжды вылезе». Калі запаленне ў залозе ці лімфатычным вузле нарастае, гэта робіцца заўважным на адлегласці: з’яўляецца ацёк пад сківіцай. І ход дыягнастычнай думкі робіцца больш-менш відавочным.

Аднак існуюць прычыны боляў у горле, якія нясуць значную пагрозу, а самі могуць доўгі час заставацца невыкрытымі. Зубы.

Так, хто пра што, а я пра зубы. Працягнем анатамічныя даследванні. Зубы сядзяць у сківіцах, да сківіц мацуюцца цяглiцы, вакол цяглiц тлушчавая клятчатка, прасторы клятчаткі, раздзеленыя цягліцамі ды косткамі, спалучаюцца міжсобку праз шчыліны, запоўненыя той самай клятчаткай. Запаленне з зубоў паступова пераходзіць на сківіцу, пры адсутнасці адпаведнага лячэння – на клятчатку побач. Гэта выклікае ацёк клятчаткі (якая неўзабаве расплаўляецца), цяглiц ды звязак, і праяўляецца, у тым ліку, болем пры глытанні і пры спробе разявіцца.

Увага! Тое, дзеля чаго пішу, вось яно.

Аднабаковы, несіметрычны боль у горле, пры якім вам цяжка разявіцца – класічная праблема, што ўзнікае найчасцей ад ніжніх «васьмёрак» (але не толькі ад іх!) і мусіць вырашацца тэрмінова, цягам некалькіх гадзін, хірургічным шляхам. Інача гной ад сківіцы распаўсюдзіцца на дно ротавай поласці, на шыю, на клятчатку, што ідзе ўздоўж глоткі ў грудную клетку.

Паўтаруся: вы пакідаеце ўсе справы, нават калі працуеце ў Рэзідэнцыі № 1. Вы ідзеце да хірурга-стаматолага незалежна ад наяўнасці талонаў, а калі гэта немагчыма – звяртаецеся наўпрост у стацыянар да сківічна-тваравых хірургаў.

Найхутчэй там вам прапануюць выдаліць зуб і ўскрыць гнайнік. Калі вы прыйшлі своечасова – адпусцяць далечвацца ў паліклініку. Калі маеце хранічныя хваробы (асабліва дыябет), альбо праяўлялі цуды трывання і даседзеліся да сур’ёзных праблем – прапануюць шпіталізацыю. Раю пагаджацца. Інача вы рызыкуеце стаць героем жахалкі, якая пачынаецца словамі «забалеў чалавеку зуб», а заканчваецца словамі «так той чалавек і памёр».

Пытанні, якія паўстаюць перад чалавекам, у якога стаў кепска адкрывацца рот з вышэй апісаных прычын.

1. А можа, з часам само пройдзе?

Можа. Але высокая рызыка не дажыць.

2. А давайце пачакаем, пакуль рот адкрыецца.

Давайце. Выкарыстайце гэты час на фармулёўку апошняй волі. Рот сам не адкрыецца, не спадзявайцеся. Толькі пасля правільнага лячэння.

3. А можа, антыбіётыкі прыняць, і само пройдзе?

Добрая ідэя. Антыбіётыкі можна пачынаць піць і да выдалення зуба (параіўшыся са спецыялістам!), але не замест. Толькі дзве заўвагі:

А) вы мусіце ведаць, што вы прымалі, і паведаміць лекару. Пачаўшы піць антыбіётыкі, іх нельга адмяняць па ўласным жаданні.

Б) Прымайце поўны курс, апроч выпадкаў алергіі. Даесці па чарзе ўсе разрозненыя таблеткі антыбіётыкаў розных груп, што назапасіліся дома – кепская ідэя. Антыбіётыкі хірургічнага лячэння не замяняюць, але на іхным фоне хірургічнае лячэнне працякае больш гладка.

4. А мне казалі, трэба паласкаць, і тады ўсё само…

Выдатная ідэя, але не замест, а пасля візіта да хірурга.

5. А можна палячыць зуб?

Шматкарнявыя зубы, якія сталі прычынай абсцэсаў, лепей выдаляць. Іначай запаленне косткі стане хранічным, а гэта вельмі непажаданы зыход.

Прыведзеныя пытанні кожны хірург-стаматолаг чуе штодня і неаднойчы. Але і нам ёсць што сказаць пацыентам дзеля іхняй перасцярогі ды нашага спакою.

КАТЭГАРЫЧНА НЕЛЬГА пачынаць без прызначэння хірурга цеплавыя і іншыя фізіяпрацэдуры; прымяняць “народныя сродкі”, кампрэсы; няварта спаць на баку ацёка.

АБАВЯЗКОВА ТРЭБА: спрабаваць раскрыць рот. Гэта магчыма, хоць прыемнага мала. Але майце на ўвазе: чым шырэйшы рот, тым мацней бярэцца анестэзія.

Пасля аперацыі таксама трэба ўвесь час прымусова разяўляцца: праца цягліц забяспечвае адток гноя. Увесь час – гэта кожную гадзіну па 5 хвілін спробаў.

Добра прыкладваць холад. Асабліва пасля аперацыі – пад сківіцу з патрэбнага боку.

Трэба есці, і да аперацыі, і пасля, і паболей піць (безалкагольнае пітво).

Паколькі імунолагі сцвярджаюць, што вугляводы адцягваюць увагу лейкацытаў ад важных спраў, не налягайце на салодкае.

Добрая рэч – кропельніцы з дэзінтаксікацыйным растворам, яшчэ адзін аргумент, каб пагаджацца на прапанаваную шпіталізацыю.

101 народны рэцэпт, альбо як гарантавана правесці тыдзень у лякарні

Народная медыцына некалі дапамагла чалавецтву выжыць. І па сёння ў сям'і, па-суседзку, а цяпер – і праз прэсу ды інтэрнэт людзі дзеляцца пабытовымі спосабамі змагання з хваробай.

Не абмінула народная медыцына і сківічна-тваравую хірургію, прычым традыцыйнае самалячэнне часам прыводзіць да такіх ускладненняў, што лепей было б не лячыцца наогул, чым так.

Ідзецца пра скУлу (фурункул). Спачатку – анатамічна-фізіялагічнае.

Скура мае так званыя прыдаткі: сальныя ды потавыя залозкі і валасяныя фалікулы. У норме на скуры жывуць “свае” мікробы, якія мірна суіснуюць з чалавекам і не даюць пладзіцца шкоднай мікрафлоры. Калі нешта пайшло не так – на скуры пасяляюцца агрэсіўныя мікробы, якія выклікаюць запаленне, раздражненне і г.д. Запаленне валасянога фалікула – фалікуліт – можа перарасці ў гнойна-некратычны працэс, які называецца фурункул (скула).

Асаблівасці твару як анатамічнай вобласці – ягоныя далікатнасць і рэактыўнасць. Тканкі мяккія, рыхлыя, анатамічныя ўтварэнні складаныя, але невялікія памерам, і гэта вымагае найбагацейшых і найскладанейшых інервацыі, кровазвароту і лімфаадтоку. Сеткі сасудаў і нерваў бясконца пераплятаюцца і дублююцца, і толькі дзякаваць гэтаму мы маем выключную міміку, дасканалую мову, збалансаваныя сігнальныя сістэмы ворганаў адчуванняў і інш. У тым ліку спалучаюцца сасуды твару і сасуды мозга. У чэрапе апроч дробных сасудаў мазгавых абалонак ёсць вялікія сасуды – сінусы, па якіх кроў адцякае ад чэрапа. Гэта – вялікія калектары з неспадаемымі сценкамі.

Апісаныя вышэй асаблівасці адбіваюцца і на цячэнні фурункулаў на твары: значны ацёк, хуткае расплаўленне падскурнай клятчаткі, імклівы захоп суседніх вобласцяў твару і – высокая рызыка ўнутрычэрапных ускладненняў.

Ланцужок, што прыводзіць чалавека ад люстэрка ў ваннай да койкі ў рэанімацыі, выглядае так:

выціснуў гнайнічок на верхняй губе – з’явіўся ацёк, пульсуючы боль, чырвань;

прыклаў мазь Вішнеўскага, капусны ліст, мачу ці печаную цыбулю – ацёк ушчыльніўся, прыпухла вока, падвысілася тэмпература.

Вось тут – крытычны момант.

Альбо шпіталізацыя, шырокі разрэз з выпусканнем гноя і выскабліваннем адмерлага валасянога фалікула і прылягаючай клятчаткі, антыбіётыкі шырокага спектру дзеяння, антыкаагулянты (каб папярэдзіць згусанне крыві), кропельніцы і штодзённыя перавязкі, пакуль рана ачышчаецца.

Альбо – інфекцыя падымаецца ў бок вачніцы, расплаўляецца сценка вены, што ідзе да кута вока (кроў у вене згусае і робіцца ежай для мікробаў); цягам лічаных гадзін інфекцыя распаўсюджваецца ў вены арбіты, а адтуль – ва ўнутрычарапны сінус, што знаходзіцца пад мозгам.

Трамбоз сінуса – гэта галаўны боль, ацеклыя вочы, што вылазяць з арбітаў, сутаргі, кома, інсульт, менінгіт, сепсіс (заражэнне крыві). І сумная перспектыва трапіць у 5-33% тых, каго з рэанімацыі выпішуць у морг, пад назіранне раённага паталагаанатама.

Ну, і каштоўныя парады.

Прафілактыка.

Займайцеся здароўем, пакуль яно ёсць. Стан скуры – гэта люстэрка вашага здароўя. Люстэркаў падобных у арганізме шмат, але твар на бачнейшым месцы.

Схільныя да фурункулёзу і іншых неспецыфічных інфекцый скуры дыябетыкі, іншыя пацыенты эндакрынолага, гематолага, асобы, схільныя да трамбозаў у мірным жыцці. Таму, калі фурункул наведаў вас трэці-чацверты раз на год, як мінімум, праверце цукар.

Кепска супраціўляюцца злым мікробам хранічныя хворыя. Уплывае на стан скуры дыета і касметычныя сродкі. Чым больш рознага ўсялякага вы мажаце на сябе, тым большая нагрузка на скуру. Ад празмерных спробаў стаць стэрыльным знікаюць карысныя мікробы-спадарожнікі, а як не будзе Гіршы, то прыйдзе чорт іншы – патагенная мікрафлора.

Дайшло да таго, што касметычныя кампаніі ўсур'ёз прапануюць сродкі з карыснымі мікробамі, каб засяліць імі скуру і выцесніць патагенную мікрафлору (эфектыўнасць гэтай пераможнай ідэі не з'яўляецца тэмай артыкула). У агульным выпадку, скуры патрэбны адпачынак і ад дбайнага дагляду.

1. На твары нельга выціскаць вугры і гнайнічкі. Апрацоўвайце іх спіртам: на пачатковай стадыі гэта спыніць запаленне, на «спелай» стадыі – дапаможа перадухіліць распаўсюд інфекцыі на суседнія ўчасткі скуры (натуральна, вы апрацоўваеце асобна гнайнік, асобна – здаровую скуру тым, чым не дакраналіся да ачага інфекцыі, ашчаджаць вату – шкодзіць сабе).

2. Крытэр для звяртання ў лякарню – калі памер прышча дасягнуў 1 см у дыяметры, і\альбо скура вакол прыпухла, а таксама – падвышэнне тэмпературы і галаўны боль. У лякарню можна ехаць без накіравання, не губляючы каштоўныя гадзіны на "талонныя квесты".

Не марнуйце часу на платныя клінікі: калі там працуюць прафесіяналы, яны накіруюць вас у стацыянар. Калі ідыёты… вы зразумелі, усё адно вам да іх не трэба.

Самыя небяспечныя фурункулы на носе, у вуху, на верхняй губе, у вобласці між вокам і носам.

Тут самалячэнне забароненае катэгарычна, пры самым дробным сумненні – кансультацыя хірурга-стаматолага.

3. ***Паказанні для хірургічнага ўмяшання і аб'ём аперацыі вызначае лекар***. Катэгарычна! ***Паказанні для шпіталізацыі вызначае лекар***. Можаце перапытаць.

Улічваючы, што перавязкі мусяць адбывацца штодзённа, без выняткаў святаў і выходных – гэта, як казаў Уладзімір Ільіч Ленін, архіважна – у паліклініцы вы такі дагляд не дастанеце. Як і рэгулярны кантроль згусальнасці крыві, змену антыбіётыкаў не па інтуіцыі, а па выніках бактэрыялагічнага пасева, і шмат што іншае.

У агульным выпадку: раней парэжуць – раней выпішуць. Але не арыентуйцеся на сярэднюю тэмпературу па лякарні: кожны арганізм сам вызначае, колькі клятчаткі адгніе, і пакуль лекар не пераканаецца, што вы цвёрда сталі на шлях выздараўлення, не прасіцеся на выпіску: гнойныя раны могуць прыносіць брыдкія сюрпрызы.

Самалячэнне крытычна небяспечнае.

Любыя прымочкі, кампрэсы, мазі на фурункул на твары да аперацыі – упэўнены крок па шляху ў рэанімацыю. Мазевыя павязкі магчымыя толькі на стадыі ачышчанай раны, але не да\замест хірургічнага лячэння. Самае лёгкае наступства – грубыя «воспіны» на месцы прарваўшых гнайнікоў. Паверце, акуратныя хірургічныя разрэзы, выкананыя паралельна анатамічным структурам, будуць амаль незаўважныя. А калі вас назіраюць у стацыянары, то могуць прапанаваць накласці адтэрмінаваныя швы, што істотна паляпшае выгляд рубца.

Калі вы ўзялі на сябе адказнасць і адмовіліся ад шпіталізацыі, у вашых інтарэсах выконваць усе рэкамендацыі.

Стала горш (***тэмпература, азноб, галаўны боль, ваніты, праблемы са зрокам, боль і пачырваненне між вокам і носам***) – нагода думаць пра самае кепскае і бегчы здавацца.

Памятайце: калі вы падпісалі адмову ад шпіталя, вы маеце права перадумаць і вярнуцца, і вашая папярэдняя адмова не стане перашкодай для шпіталізацыі, калі ваш стан таго патрабуе.

Ды ўсё з вамі нармальна!

Наколькі часта даводзіцца сутыкацца з нядбайным стаўленнем да свайго арганізма, настолькі ж часта звяртаюцца па параду людзі, што хвалююцца праз уласную недасведчанасць, не маючы рэальных падстаў. Таму колькі слоў пра звычайнае цячэнне асобных станаў.

Варта мець на ўвазе:

1. Пры траўме ацёк нарастае паступова. На твары – нарастае да трох дзён, асабліва калі не прыкладваць холад. Таму назаўтра вы «прыгажэйшы», чым адразу пасля траўмы.

2. Зранку траўматычныя і пасляаперацыйныя ацёкі заўсёды большыя, чым пад вечар, асабліва, калі вы спалі на баку траўмы.

3. Ссадіны скуры пакрываюцца праз некалькі гадзін скарынкай. А на параненай слізістай рота, а таксама на лунках выдаленых зубоў замест струпа ўтвараецца жоўтая фібрынавая плёнка. Гэта не гной, а біялагічная павязка. Гной – вадкі, ён цячэ, а вакол яго ўсё шчыльнае, распухлае, чырвонае, балючае і гарачае.

4. Сінякі, бывае, праяўляюцца не адразу: сёння вам падбілі левае вока, назаўтра можа ацекчы пераноссе, пазаўтра праявіцца «ліхтар» пад правым вокам.

5. Сінякі могуць «паўзці» наніз, бо сілу цяжару ніхто не адмяняў. З брыва – на вока і пад вока, са шчакі – на шыю, і так ажно да самай ключыцы ў залежнасці ад асаблівасцяў скуры і асаблівасцяў траўмы.

6. Удар у ніжнюю сківіцу выклікае яе зрух, а значыць, расцягненне капсулаў суставаў – у большай ступені з супрацьлеглага боку. Так-так, прыляцела ў левы кут – баліць каля правага вуха, здзейснілі экстранае тармажэнне барадой – баліць каля абодвух вушэй. І, як любое расцягненне, назаўтра баліць мацней, рот адкрываецца горш. (Увага! Лепей зрабіць здымак! А вось калі на здымку – норма, тады можна не хвалявацца)

7. Калі ўчора вы пазяхнулі, як кракадзіл, а сёння зубы закрываюцца не да канца – звычайная справа. Долі міліметра, на якія павялічыўся сустаўны дыск, даюць суб’ектыўна заўважную розніцу па прыкусе.

8. Кожнае аператыўнае ўмяшанне – гэта таксама траўма, а значыць, можа павялічыцца ацёк, узнікнуць часовыя цяжкасці з разяўленнем рота, праявяцца сінякі ці нацякуць гематомы. Вось чаму, плануючы аперацыю, плануйце і час на аднаўленне пасля яе.

Гэта што да таго, калі да лекара, падумаўшы, можна не спяшацца. Але жыццё багацейшае, чым нам уяўляецца.

9. Тыповая памылка: калі вам балеў-балеў зуб, заганяючы вас на сцяну, а потым боль раптам паменьшаў, затое прыпухла шчака – не лічыце, што вы паздаравелі: проста флюс напачатку баліць мацней, чым калі «саспее».

Пакуль пацыент радуецца, што вось ужо амаль нічога не баліць, у яго можа распачацца остэаміеліт (гнойнае запаленне самой сківіцы) альбо саспець гнайнік у мягкіх тканках.

10. Да ведама. Пацыенты ў аб’ектыўна цяжкім стане часам губляюць крытыку гэтага свайго стану: ім падаецца, што нічога ўжо не баліць, яны ў падвышаным настроі, а лекар вярзе нейкую лухту пра стацыянар.

Гэта – звычайнае трызненне на фоне інтаксікацыі. Таму, калі чалавек побач з вамі выпраменьвае аптымізм, а выглядае ўсё горш і горш, верце не вушам, а вачам, і выклікайце «хуткую дапамогу». Бо, шчыра, мала хто памірае праз лішні візіт да лекара. А вось праз несвоечасовы – даволі часта.

Нешта светленькае чарнеецца, нешта цёмненькае бялеецца. Чытаем ортапантомаграму (ОПТГ).

Панарамная рэнтгенаграфія, «панарама» і нават «панарамнік» – як толькі не клічуць дантысты гэты здымак. Сапраўды, вельмі зручная рэч. Стаматолаг без «панарамы» – як капітан без карты.

Для пацыента метад зручны тым, што «за адзіны пстрык» атрымліваецца партрэт усіх зубоў. Але каб разабрацца ў «карце», трэба ведаць умоўныя пазначэнні. Іначай можна пабачыць тое, чаго няма, і не заўважыць таго, што важна.

Некалькі агульных палажэнняў.

1. Калі вы глядзіце на панараму, то у левай частцы здымка бачыце зубы, якія у роце лічыце правымі. У правай – левымі. Вы глядзіце на зубы на здымку так, як стаматолаг глядзіць на вашыя зубы. Стаматолагу зручна, вам не, ды нічога не паробіш.

2. Рэнтгенолагі на чорнае кажуць «прасвятленне», на белае – «зацямненне».

Так сталася таму, што самыя шчыльныя тканкі – косткі і зубы, якія даюць "цень" – не прапускаюць рэнтген-промні – на плёнцы глядзяцца белымі (рэнтген-промні не засвечваюць срэбра, яно не цямнее). Больш «редкія» ткані – шэрыя, полыя ворганы, запоўненыя вадкасцю – цёмна-шэрыя, напоўненыя паветрам – чорныя.

Паталагічны працэс у костках – сярод шчыльнай структуры з'яўляецца мякчэйшая, якая лепей прасвечваецца рэнтгенам, таму завецца «прасвятленнем», сярод амаль чорных лёгкіх паталогія – участак большай шчыльнасці, які горш прапускае святло, які дае цень – «зацямненне». Логіка своеасаблівая, але бездакорная.

3. ОПТГ скажае памеры, захоўваючы прапорцыі, таму для дыягностыкі ўсёй зубной сістэмы ў цэлым метад добры, але дзеля асобна ўзятага зуба – лепей бывае прыцэльны маленькі здымачак.

Калі вы жадаеце адсачыць змены ў дынаміцы, лягчэй гэта зрабіць, калі здымак будзе зроблены тым самым апаратам і надрукаваны тым самым памерам, што папярэдні.

Што ж мы бачым на ***ОПТГ у норме***? Вось асноўныя структуры (мэта зрэза – зубы, таму іншыя часткі скелета могуць часткова не трапляць у слой).

Зверху па цэнтры – нос. Бывае бачная перагародка носа – светла-шэрая, зона прасвятлення вакол – прастора ўнутры носа, пакручастыя шэрыя штукі – насавыя ракавіны.

Працягваем ісці ад цэнтра ў бакі.

Два амаль чорных квадрата (трапецыі, авала) з яркім тонкім белым абрысам – верхнесківічныя сінусы, па-народнаму – гаймаравы пазухі. Гаймарыт здараецца там.

Вышэй пазух – калі патрапілі – вачніцы, налева і направа шэрымі трохкутнікамі пайшлі скулы, якія звужаюцца ў гарызантальныя палосы – скулавыя дугі. Пад носам і пазухамі бачым два шэрагі зубоў і «падкову» ніжняй сківіцы.

Структура нармальнай касцявой тканкі крыху нагадвае дробнабурбалкавую пену, па памерах «бурбалак» гэтай «пены» можна ўскосна меркаваць пра стан кальцыевага абмену; кожная костка аблямаваная па краю гладкай палоскай шчыльнай касцявой тканкі. На канцах «падковы» па два рожкі, вонкавы – вышэйшы - скруглены, унутраны – як кут. Скруглены – гэта суставўная галоўка. Яна пад скулавой дугой, а на дузе ёсць выступ уніз – сустаўны бугорчык.

Пры адкрыванні рота галоўка заязджае на скат бугорчыка. Калі вывальваецца на самую верхавінку – гэта падвывіх сківіцы. Калі заскочыць за бугорчык – сківіца заблакуецца, рот адкрыўся - і сам не закрыецца.

Управіць вывіх сківіцы – гэта апусціць сківіцу так, каб галоўка вярнулася за бугорчык. Каб дыягнаставаць падвывіх галоўкі і ацаніць рызыку фармавання звыклага вывіха, робяць здымак сустава пры закрытым і пры максімальна адкрытым роце.

Па бакавых частках падковы спускаюцца дзве выгнутыя цёмныя палоскі з танюткім краем. Гэта каналы нерва, які інервуе ніжнія зубы. Замарозку, якая выключае палову сківіцы, робяць ля верхняй часткі канала. Не патрапіў – не ўзялося. Патрапіў – нават навакаін абязболіць так, што сківіцу адпілі – пацыент не піскне.

Не ўсе лекары добра трапляюць, і гэта даволі складана, калі баішся і пазбягаеш падобных анестэзій.

Выхад нерва з канала ў мягкія тканкі выглядае авальным прасвятленнем пад пятым (лічым ад сярэдзіны ўбакі) зубам.

Што да зубоў, то можна ацаніць іх форму, памер, стан і паставу ў зубным шэрагу – з папраўкай на праекцыю. Таксама бачныя зачаткі зубоў і непрарэзаныя зубы, стан каранёў і скрытыя карыёзныя поласці, паталагічныя працэсы ў сківіцы і вакол зубоў, кантрасныя іншародныя целы. Можна пабачыць, наколькі якасна пламбіраваныя каналы зубоў.

Пасляслоўе

Гаварыць пра ўлюбёную справу можна бясконца. Але ж кнігі бясконцымі не бываюць. Усіх праблем адной брашурай не вылечыш. Калі паважаны чытач хоць трохі зразумеў ход думкі сківічна-тваравага хірурга, калі адчуў логіку самой прыроды і дасканаласць уласнага цела – значыць, усё не марна.

Спадзяюся, вы не шкадуеце часу, прысвечанага гэтай тэме. А калі ведаеце тых, каму кніга будзе карыснай альбо цікавай – дзяліцеся смела, дазволеныя ўсе формы некамерцыйнага выкарыстання, якія вы толькі здатныя выдумаць.

Тут няма закрытай ці ўнікальнай інфармацыі. Тут багата любові да зубоў і таго, што з імі звязана ці жыве-функцыянуе побач. Можа быць, штосьці падалося вам спрэчным ці недакладным, але ж гэта не акадэмічнае выданне, пры ўсім маім адчуванні ўласнай значнасці і прэтэнзіі на непаўторнасць і першапраходніцтва.

Крытэр адбора парадаў і хітрыкаў, што трапілі ў кнігу – іх бяспечнасць і даступнасць. Прынцып "не пашкодзіць" быў і ёсць найгалоўнейшым у практыцы лекара.

Пабачылі хібы? Павіншуйце сябе з уважлівасцю. Крытыка мае месца быць, калі ўважае за мэту палепшыць існае і будучае.

Дзякуй за ўвагу. Яшчэ пабачымся!

Алена Церашкова, сківічна-тваравы хірург

Мінск, 2022